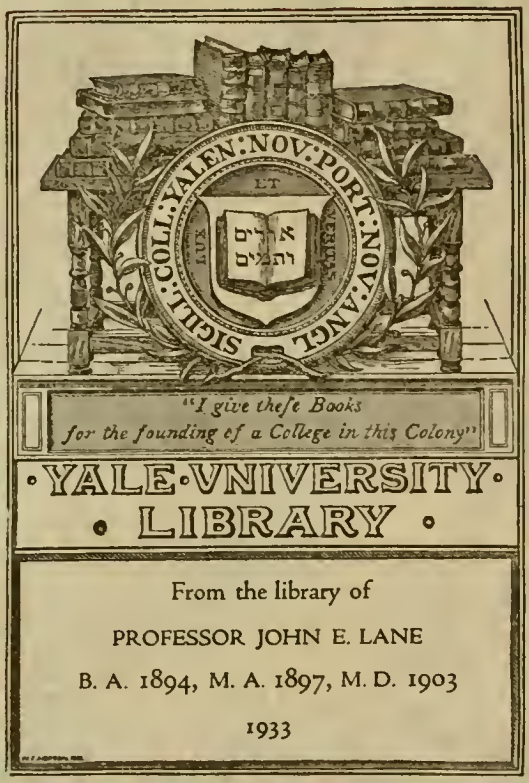
LIBRAIRIE MEDICALE
CH. BOULANGE
R. de l'Ancienne Comédie, PARIS



From the library of
PROFESSOR JOHN E. LANE
B. A. 1894, M. A. 1897, M. D. 1903
1933

TRANSFERRED TO
YALE MEDICAL LIBRARY

TRAITÉ

HISTORIQUE ET PRATIQUE

DE

LA SYPHILIS

PRINCIPAUX TRAVAUX DE M. LANCEREAUX

Des Affections nerveuses syphilitiques; ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine (Prix Civrieux, 1859). Paris, 1861, in-8° de 500 pages. (En collaboration avec le docteur Léon Gros.)

De la Thrombose et de l'Embolie cérébrales, considérées principalement dans leurs rapports avec le ramollissement du cerveau. In-4°. Paris, 1862. Mémoire couronné par l'Académie des sciences.

Des Hémorrhagies méningées, considérées principalement dans leurs rapports avec les néomembranes de la dure-mère crânienne. Paris, 1863.

Mémoires d'Anatomie pathologique. Paris, 1863.

Sur un cas de paralysie saturnine avec altération des cordons nerveux et des muscles paralysés (*Gazette médicale de Paris*, 1862).

Étude sur la dégénérescence graisseuse dans l'empoisonnement par le phosphore (*Union médicale*, 1863).

De l'Amaurose liée à la dégénération des nerfs optiques dans les cas d'altération des hémisphères cérébraux. Paris, 1864.

Article Alcoolisme (*Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, t. II); articles Artérite et Veines caves de ce même Dictionnaire.

De la Polyurie (diabète insipide). Paris, 1869.

Atlas d'Anatomie pathologique. Un volume de texte et un volume d'Atlas, ce dernier en collaboration avec Lackerbauer. Paris, 1871. Ouvrage couronné par l'Institut.

De la maladie expérimentale comparée à la maladie spontanée. Paris, 1872.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

TRAITÉ

HISTORIQUE ET PRATIQUE

DE

LA SYPHILIS

PAR

LE Dr E. LANCEREAUX

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
MÉDECIN DES HÔPITAUX DE PARIS
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE, DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, ETC.

Accompagné de trois planches gravées et coloriées

Et de plusieurs figures dans le texte

DEUXIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

PARIS
LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE
17, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 17
1873

Tous droits réservés.

Digitized by the Internet Archive
in 2011 with funding from
Open Knowledge Commons and Yale University, Cushing/Whitney Medical Library

http://www.archive.org/details/traithistoriquee00unse

PRÉFACE

L'accueil bienveillant fait à ce livre, qui a eu l'approbation de la Société Sydenham, m'a engagé à publier cette seconde édition, où l'on trouvera, je l'espère, les acquisitions scientifiques les plus récentes sur la syphilis, et des données suffisantes pour en distinguer les nombreuses manifestations.

Cette maladie, qui a toujours eu le privilége de fixer d'une façon particulière l'attention du médecin, a été l'objet d'un grand nombre de publications, surtout depuis qu'on s'est adonné à l'étude de ses manifestations viscérales. Nous avons tenu à faire connaître les travaux qui nous ont paru avoir un mérite réel et à les rapprocher des observations que nous a fournies un séjour prolongé dans les grands hôpitaux de Paris.

La syphilis est un type morbide que l'on ne peut trop étudier. Pour le clinicien, elle est le point de départ d'affections variées dont la connaissance est une source d'indications diagnostiques et pronostiques de la plus grande importance ; pour le pathologiste, elle est un modèle qui lui permet de mieux comprendre les autres maladies.

Unité pathologique parfaitement définie, elle se manifeste par des altérations anatomiques en apparence très-variées, mais en réalité identiques. Ces altérations ont pour caractère commun d'apparaître invariablement au sein des tissus nés du feuillet moyen du blastoderme, c'est-à-dire qu'elles se développent toujours aux dépens des tissus de substance conjonctive ou de leurs dérivés, et qu'elles n'affectent jamais que secondairement les tissus d'une autre provenance. Constituées primitivement par des éléments embryonnaires conjonctifs, elles se présentent tantôt sous forme d'infiltration diffuse, tantôt sous forme de nodosités de volume variable, sans que cette différence de forme modifie sensiblement leur tendance générale à la métamorphose graisseuse.

Cette tendance et l'extension restreinte de ces manifestations sont les considérations qui nous ont conduit à les ranger dans le groupe des lésions inflammatoires et à leur en donner la dénomination. Leur localisation spéciale nous explique leur grande dissémination; les tissus de substance

conjonctive faisant partie de tous les organes, on conçoit qu'aucun viscère n'échappe aux atteintes de la syphilis. Chaque viscère traduit sa souffrance par des symptômes propres dont la gravité ne varie pas seulement avec son importance fonctionnelle, mais encore avec l'âge de la maladie. Superficielles et généralisées, quel que soit leur siége, pendant les premiers mois ou la première année qui suit l'accident primitif, les déterminations morbides de la syphilis disparaissent sans laisser de trace de leur passage. Circonscrites et profondes dans une phase plus avancée, elles finissent par envahir tous les éléments histologiques dont elles amènent une destruction plus ou moins complète et étendue. Ainsi, la syphilis procède par périodes distinctes, non parce qu'elle affecte les tissus de la périphérie vers la profondeur du corps, mais parce que les lésions qui l'expriment anatomiquement ont une persistance et une ténacité subordonnées à l'époque de leur apparition après le début de l'accident primitif.

En somme, point de départ unique, manifestations locales variées quant à la forme, identiques quant au fond, évolution toujours semblable, voilà ce qui caractérise la syphilis et ce qui fait de cette maladie un type que doit nécessairement connaître tout médecin désireux d'acquérir des notions de pathologie générale. C'est parce que nous avons compris de cette façon l'étude de la syphilis que nous nous sommes décidé à rééditer ce travail. Puissions-nous avoir atteint le but que nous nous sommes proposé!

Paris, 1er juin 1873.

PRÉFACE

DE LA PREMIÈRE ÉDITION

« La syphilis devrait servir de clef à toute la « pathologie. » (Andral, dans Ricord, *Lettres sur la Syphilis*, 2e édit., p. 302.)

Les sciences naturelles sont parvenues, pour la plupart, à classer les objets dont elles s'occupent sous un certain nombre de types parfaitement définis, chacun de ces types donnant la notion de toutes les individualités qui s'y rapportent. La pathologie, elle aussi, devrait posséder une classification analogue, car les états organopathiques de l'homme présentent des types distincts, toujours reconnaissables à des caractères constants, qui permettent de les grouper de façon à constituer des espèces morbides. Mais, si parmi les maladies aiguës nous connaissons l'histoire détaillée de plusieurs espèces, il faut bien admettre que dans le domaine des maladies chroniques nous sommes moins avancés. J'ai donc cru utile de suivre dans ses moindres détails l'une de ces maladies.

A cet effet, j'ai choisi la maladie qui, par son origine et par ses manifestations multiples, se prête le mieux à une étude exacte, complète et variée, la syphilis. J'ai cherché à en tracer l'histoire, non pas à la façon du spécialiste dont la vue ne dépasse pas l'horizon de sa spécialité, mais à la manière du nosographe qui ne trouve là qu'un chapitre détaché de la grande histoire des malades.

Ce livre est divisé en six parties : historique, nosographie, sémiotique, étiologie, thérapeutique et médecine légale.

La syphilis héréditaire et la syphilis accidentelle sont étudiées séparément. Celle-ci est suivie dans son évolution par périodes, et les accidents qui se rattachent à la dernière période sont examinés successivement dans chacun des appareils de l'organisme.

L'étude des lésions anatomiques a été placée avant celle des symptômes, qui leur sont généralement subordonnés. La raison de cette préférence, c'est qu'elles constituent l'élément le plus invariable et le signe le plus constant de la syphilis. Naguère encore on croyait ces lésions bornées à quelques tissus et à quelques organes, et, bien que depuis trois

siècles des manifestations viscérales diverses eussent été signalées, l'attention des cliniciens se fixait peu sur elles. Aujourd'hui que la gravité de ces manifestations est bien connue, il est naturel d'y insister et de leur accorder une place en rapport avec leur importance.

Après ce travail indispensable d'analyse, il devenait nécessaire de ramener l'esprit à la considération de l'ensemble, car la syphilis est une. J'ai donc cherché autant que possible à montrer dans la marche de la maladie cet enchaînement morbide qui commence avec l'ulcération primitive et qui se termine trop souvent par la cachexie et la mort.

Pour éviter des longueurs et une polémique presque toujours inutile, je me suis attaché à écarter les observations douteuses et à ne citer que des faits importants et bien constatés. Dans ce travail d'élimination et de choix je serais très-heureux de n'avoir rien omis; mais cela n'est pas possible. Ce que je puis affirmer sincèrement, c'est que j'ai cherché la vérité consciencieusement et sans parti pris.

Paris, 27 avril 1866.

SYNONYMIE

La syphilis est peut-être, de toutes les maladies, celle qui à l'origine a reçu les dénominations les plus nombreuses et les plus variées. Inconnue, lors de son apparition, dans ses causes, dans sa nature, dans son traitement, elle prêtait facilement à toutes les suppositions : aussi l'imagination des médecins et du peuple se donna libre carrière à son sujet. De là ces noms divers qui reflétaient ou les préoccupations scientifiques, ou les rivalités nationales, ou les superstitions populaires de l'époque.

Bon nombre de médecins, jaloux de repousser une calomnie et une erreur et de rester en dehors des animosités et de l'ignorance des masses, cherchèrent leur désignation, soit dans les causes, soit dans les symptômes du mal. Aux uns il parut que ce n'était qu'une forme de la lèpre asiatique, de là le nom d'*éléphantiasis ;* les autres y virent une affection cutanée déjà décrite par les Arabes, auxquels ils empruntèrent le terme de *sahafati.* Mais ce qui frappait surtout, c'était la ressemblance de la maladie nouvelle avec la petite vérole connue depuis le VIe siècle. Aussi les Français, pour l'en distinguer, l'appellent-ils *grosse vérole* ou *voirole ;* les Flamands et les Picards, *les poques ;* les Espagnols, *las bubas* ou *buvas*, ou *boas ;* les Génois, *lo male de le tavelle ;* les Toscans, *il malo delle bolle ;* les Lombards, *lo male delle bozzole ;* les Savoyards, *clavelée* ou *claveau ;* les Allemands, *grosse Blatter ;* d'autres, *grore*, *grande gorre*, *scorra pestilentialis*, *morbus pustularum*, *malæ pustulæ*, *gale pustuleuse*, *vésicules épidémiques*, *crystalline.* Les noms usités à Saint-Domingue rappelaient la même analogie : *guagnara*, *hipas*, *taybat*, *ycas.* L'influence des idées astrologiques donna lieu au mot *patursu* (passio turpis saturnina), maladie saturnine, parce qu'on en faisait remonter la cause à la conjonction de Saturne et de Mars. Le nom de *pelade* vint, dit Sauval, à cause du nombre de personnes qu'on vit tondues si joliment et sans rasoirs. J. de Béthencourt, médecin rouennais, adopta la dénomination de *maladie vénérienne* que Fernel après lui employa de préférence sous la forme latine de *lues venerea.* Fracastor avait déjà publié son poëme dans lequel figure le berger Syphilis, destiné à devenir l'incarnation la plus durable du mal nouveau.

Telles furent les dénominations principales employées par les médecins et

chirurgiens du temps. Elles ne suffirent point : les rancunes nationales, les inimitiés politiques trouvèrent l'occasion de se satisfaire, et l'on s'imputa réciproquement l'introduction du fléau. Les Italiens, les Napolitains, l'appelèrent *mal francese*, *mala de Frantzos*, désignation que s'empressèrent d'adopter les Allemands, *frantzosen*, *frantzosischen Pocken*. Les Anglais lui donnèrent le nom de *french pox*. De même, et avec tout autant de raison, les Français le nommèrent *mal de Naples;* les Flamands, *vérole espagnole*, *spaanse Pocken;* les Maures, *mal espagnol;* les Portugais, *mal castillan;* les Indiens, *mal des Portugais;* les Turcs, *mal des chrétiens;* les Persans, *mal des Turcs;* les Polonais, *mal des Allemands;* les Moscovites, *mal des Polonais*.

A ces noms, souvenir de vieilles haines, il reste à joindre, pour être complet, ceux que le vulgaire employait en certains pays et qui n'étaient que l'expression de ses croyances superstitieuses au point de vue de la guérison. Ainsi vit-on le *morbus novus* devenir chez les Allemands le *mal de saint Mévius* ou *de saint Main;* chez les Catalans et les Aragonais, *le mal de saint Sement*, et ailleurs *le mal de saint Job*, *de sainte Reine*, *de saint Evagre*, *de saint Roch*, etc.

Voici du reste comment un poëte du temps, Jean Lemaire (1), rappelle dans son langage naïf cette multiplicité d'appellations :

Ne seut onc lui bailler propre nom
Nul médecin, tant eut-il de renom.
L'ung la voulut *Sahafati* nommer
En Arabic ; l'autre a peu estimer
Que l'on doit dire en latin Mentagra;
Mais le commun, quand il la rencontra,
La nommoit Gorre ou la Vérole grosse,
Qui n'espargnoit ne couronne, ne crosse;
Pocques l'ont dit les Flamens et Picquarts.
Le Mal françois la nomment les Lombarts.
Si a encores d'autres noms plus de quatre,
Les Allemands l'appellent grosse Blattre,
Les Espaignols les Bouëls l'ont nommée :
Et dit-on plus que la puissante armée
Des fors François a grand peine et souffrance
En Naples l'ont conquise et mise en France,
Dont aucun d'eux le Souvenir la nomment,
Et plusieurs faits sur ce comptent et somment.
Les Savoysiens la Clavela la disent :
Delà comment plusieurs gens en devisent,
Delà comment Amour, le jeune ivrongne,
A fait aux gens grand honneur et vergongne.
Et ne scet-on, pour ses cloux déclouër,

(1) *Les trois comptes intitulés de Cupido et d'Atropos, dont le premier fut inventé par Séraphin, poëte italien, le second et le tiers de l'invention de maistre Jean Lemaire*, 1525.

Bien bonnement a quel saint se vouer.
Néantmoins aucuns, par grace souveraine,
Ont imploré madame saincte Reine,
Les autres ont eu recours a sainct Job;
Peu de guéris, en sont de morts beaucoup,
Car règne a ce trez cruel tourment
Par tout le monde universellement.

TRAITÉ

DE

LA SYPHILIS

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

C'est en vain qu'on cherche dans l'antiquité une exposition dogmatique de la syphilis, elle ne s'y rencontre pas. Les premiers médecins qui donnèrent de ce mal une description un peu détaillée, contemporains de la fameuse épidémie de 1495, eurent à se demander si la maladie qu'ils avaient sous les yeux était ou non nouvelle, et, dès cette époque, deux opinions furent émises qui n'ont cessé d'avoir cours dans la science. La première fait naître la syphilis à la fin du XVe siècle, la seconde lui attribue une origine beaucoup plus ancienne. Peu d'accord sur le lieu de naissance, les partisans de la doctrine de l'ancienneté considèrent la syphilis comme une espèce de lèpre, et l'appellent tantôt éléphantiasis (Seb. Aquilanus, Phil. Beroaldus), tantôt formica (Conr. Schellig, Gilinus), tantôt saphati (J. Widmann, Nat. Montesaurus, J. de Vigo, Sim. Pistor). Sydenham, Haller, Plenck, Thierry, Howard, veulent trouver dans les yaws et les pians la forme primitive de la syphilis, et signalent l'Afrique comme patrie de cette maladie dont on chercha aussi les premières traces chez les Maranes (Gruner). D'autres auteurs, tels que Swediaur et Beekmann, l'assimilant au feu persan, la font provenir des Indes orientales, tandis que Witzmann la fait naître en Dacie, au IIe siècle.

Cependant, lorsqu'il fut positivement établi que la syphilis avait pour point de départ l'acte vénérien, quelques savants cherchèrent à prouver que cette maladie existait dès l'antiquité la plus reculée; mais en même temps on inventa les contes les plus fantastiques sur son origine. On ne l'attribua plus, comme autrefois, à une constellation malheureuse : on chercha à la rattacher à la cohabitation d'une courtisane avec un lépreux, avec des bêtes et surtout avec des singes; enfin, à la cohabitation avec les Indiennes voluptueuses de l'Amérique ; et ce fut précisément de cette dernière supposition que se forma en grande partie l'idée de la prétendue origine américaine de la syphilis, dont Astruc et Girtanner furent les principaux défenseurs.

Telles sont, en somme, les diverses hypothèses en présence.

Elles se réduisent à trois principales :

1° Origine ancienne dans le monde entier ;

2° Origine ancienne à point de départ inconnu ; importation moderne en Occident ;

3° Origine récente, épigenèse à la fin du XVe siècle.

Tout ce qui vient à l'appui des deux premières hypothèses tend nécessairement à ruiner la dernière, qui, du reste, ne compte aujourd'hui que de rares défenseurs. L'étude successive que nous allons faire de la syphilis dans l'antiquité, au moyen âge, et depuis le XVe siècle jusqu'à nos jours, apprendra ce qu'il faut en penser.

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Collections d'auteurs.* — 1° Nicolai LEONICENI, vicentini, et Joannis ALMENAR, hispani, *Libri de morbo gallico* ; Angelini BOLOGNINI, bononiensis, *De curu ulcerum exteriorum et unguentis communibus in solutione continua*, lib. II ; Alexandri BENEDICTI, veronensis, *Liber de pestilenti febre* ; Dominici MESSARIE, vicentini, *De ponderibus et mensuris medicinalibus*, lib. III. Papiæ, ex offic. Bernhardi de Geraldis, 1516, in-fol. — 2° *Liber de morbo gallico*, in quo diversi celeberrimi in tali materia scribentes medicinæ continentur auctores, videlicet : Nicolaus LEONICENUS, vicentinus ; Ulrichus de HUTTEN, germanus ; Petrus Andræas MATHEOLO, sinensis ; Laurentinus PRISIUS ; Joannes ALMENAR, hispanus ; ANGELUS, bologninus. Venetiis, per Joannem Patavinum et Venturinum de Ruffinellis, 1535, in-8°. — 3° *Morbi gallici curandi ratio exquisitissima a variis iisdemque peritissimis medicis conscripta*, nempe : Petro Andræa MATHEOLO ; Joanne ALMENAR, etc. Basileæ, apud Joan. Bebelium, 1536, 299 pag. in-4°. — 4° *De morbo gallico*, etc. ; 1^a edit., tomus prior Venetiis apud Jord. Zilettum, 1566, in-fol. 736 p., tomus posterior, 1567, appendix, 1567. — Aloysius LUISINUS, *Aphrodisiacus, sive de lue venerea*, in duos tomos bipartitus, continens omnia quæcumque hactenus de hac re ab omnibus medicis conscripta sunt. Venetiis, apud Baretium et socios, 1599, in-folio. Ultima editio, apud Joan. Arnold Langerak et Joh. et Herm. Verbeck, Lugdun. Batavorum, 1728 (avec une préface de BOERHAAVE, 1366 pages à deux colonnes). Ce livre contient 59 auteurs. — 5° Daniel TURNER, *Aphrodisiacus, containing a summary of the ancient writers on the venereal disease*. London, printed for John Clarke, 1736, in-8°. — 6° John ARMSTRONG, *A synopsis of the history and cure of the venereal disease*. London, 1737, in-8°. — 7° Christ. G. GRUNER, *Aphrodisiacus, sive de lue venerea*, in duas partes divisus, quarum altera continet ejus vestigia in veterum auctorum monumentis obvia, altera quos Al. Luisinus temere omisit scriptores. Jenæ, apud Ch. Cunonis heredes, 1788. Ce supplément au livre de Luisinus, qui contient 64 auteurs, a été complété par un second supplément : C. G. GRUNER, *De morbo gallico scriptores medici et historici*, partim inediti, partim rari et notationibus aucti, accedunt morbi gallici origines Maranicæ. Jenæ, 1793. — C. G. GRUNER, *Spicilegium scriptorum de morbo gallico*. Jenæ, 1799-1802, in-4°. Ce troisième supplément n'a pas paru dans la librairie. — C. H. FUCHS, *Die ältesten deutschen Schriftsteller über die Lustseuche* (Les auteurs allemands les plus anciens sur la vérole). Gœttingue, 1843.

II. *Ouvrages historiques.* — Carolus PATIN, *Luem venereum non esse morbum novum*, oratio habita in Archilyceo patavino, die V novemb. 1687. — Guy PATIN ; il défend l'âge de la Lues, t. III, lettre 370. — ALLIOT de MUSSAY et LEAULTÉ, *Quæstio medica an morbus antiquus syphilis?* Paris, 1717. Dissertation dont l'un des corollaires (V) cherche à prouver l'ancienneté de la Lues par des passages tirés d'Horace, de Juvénal, de Martial, de Tacite, de Suétone, etc. — William BECKETT, *An attempt to prove the antiquity of the venereal disease long before the discovery of the West Indies*. Philosophic. Transact., vol. XXX, 1718, in-4°, n° 357, p. 839. *A letter to Dr W. Wagstaffe concerning the antiquity of the venereal disease*. Ibid., vol. XXXI, 1720, n° 365.

p. 47. *A letter to Dr Halley in answer to some objections made to the history of the venereal disease*. Ibid. n° 366, p. 108. — A. N. R. Sanchez, *Dissertation sur l'origine de la maladie vénérienne*, pour prouver que le mal n'est pas venu d'Amérique, mais qu'il a commencé en Europe par une épidémie. Paris, 1752, in-8°, et 1765, in-12.— Le même, *Examen historique sur l'apparition de la maladie vénérienne en Europe et sur la nature de cette épidémie*. Lisbonne, 1774, pour répondre aux objections présentées par Van Swieten.—Burdon Mermaduc, *An essay on the pudendagra* (Essai sur la pudendagra). Bath, 1771, in-8°.—Ph. Gab. Hensler, *Geschichte der Lustseuche, die zum Ende des XV Jahrhunderts in Europa ausbracht* (Histoire de la Lues qui fit son apparition en Europe à la fin du xve siècle), vol. I, p. 335. Altona, 1783, in-8°. Nouvelle impression, 1794. — Le même, *Ueber den Westindischen Ursprung der Lustseuche* (Sur l'origine de la Lues dans les Indes occidentales). Hambourg, 1789; la première partie du tome II n'a jamais paru. — Le même, *Programma de Herpete seu formica veterum labis venereæ non prorsus aperta*. Kilon., 1801, in-8°. — Anonyme, *La America vindicada de la calumnia de haber sido madre del mal venereo*. Madrid, 1785, in-4°. C'est, suivant Sprengel, un bon ouvrage.—William Turnbull, *An inquiry into the origin and antiquity of the Lues venerea*, with observations on its introduction and progress in the islands of the South-sea. London, 1786; traduct. allemande par Michaelis. Leipsig, 1789. L'auteur défend l'origine américaine. — Perenotti di Cigliano, *Storia generale dell' origine, dell' essenza e specifica qualità della infezione venerea*. Turin, 1788, in-8°. Traduit de l'italien par C. Sprengel. Leipsig, 1791. L'auteur défend l'ancienneté de la maladie. — M. Sarmiento, *Antigüedad de las bubas*. Madrid, 1788, in-8°. The english Review, 1788, p. 221.—Just. Arnemann, *De morbo venereo auctorita quædam ex manuscriptis Musei Britannici Londinensis*. Gœttingæ, 1789, in-4°. — M. S. G. Schmidt, *De ulceribus virgæ tentamen historico-chirurgicum*. Halæ, 1790, in-8°.— Ch. G. Gruner, *Morbi Gallici origines Maranicæ*. Programma. Jenæ, 1793. — Le même, *Die Maranen sind die wahren Stammvater der Lues von 1493* (Les Maranes sont les véritables pères de la Lues de 1493). Dans son *almanach* de l'année 1792, p. 51-92. — Le même, *Geschichte der Maranen und der Eroberung von Granada* (Histoire des Maranes et de la conquête de Grenade). *Ibid.*, p. 158, 196. *Die Maranen dürften doch wohl die Stammvater der Lues von 1493. Ibid.*, 1793, p. 69-89; 1794, p. 229, 268. — Linguet (Sim.), *Histoire politique et philosophique du mal de Naples*. Paris, 1796, in-8° (ouvrage extrêmement rare). — Sprengel (K.), *Ueber den muthmasslichen Ursprung der Lues aus dem südwestlichen Afrika* (De l'origine présumable de la Lues de l'Afrique méridionale); dans ses Contributions pour l'histoire de la médecine (Beiträge zur Geschichte der Medicin), Halle, 1796, vol. I, cah. 30, 61, 101. L'auteur soutient, d'après une citation de Hensler, que le yaws et le pian sont les formes primitives de la Lues. — J. F. Bouillon-Lagrange, *Observations sur l'origine de la maladie vénérienne dans les îles de la mer du Sud*; dans le Recueil périodique de la Société de santé, t. I, 1797, p. 38-47. — Wilh. Sickler, *Dissertatio exhibens novum ad historiam luis venereæ additamentum*. Jenæ, 1797, in-8°. — Schaeuss, *Neueste Entdeckungen über das Vaterland der Pocken und der Lustseuche* (Dernières découvertes sur la patrie des véroles et de la Lues). Leipsig, 1805, in-8°. L'auteur fait venir la *Lues* des Indes orientales. — J. B. C. Rousseau, *New observations on syphilis, tending to settle the disputes about its importation, by proving that it is a disease of the human race, that has and will always exist among the several nations of the globe*, dans Coxe, Philadelph. med. Museum, 1808, vol. IV, n° 1, p. 1-11. — H. Robertson, *A historical inquiry into the origin of the venereal disease*, in London medical Repository, 1814, vol. II, p. 112-119, 185-192. L'auteur défend l'ancienneté de la syphilis, mais il nie que la maladie qui a régné dans l'armée française, lors du siége de Naples ait été la syphilis. — Renard, *Versuch über die Entstehung der Lustseuche*. Mainz, 1815. — Witzmann, *Ueber die Lustseuche in den nördlichen Provinzen der Europäischen Turkei* (De la syphilis dans les provinces du nord de la Turquie d'Europe), dans Russ. Sammlung für Naturw. und Arznkst. Bd. I, Riga et Leipsig, 1816, p. 230. L'auteur fait naître cette maladie au n^e siècle dans la Dacie. — Rob. Hamilton, *On the early history and symptoms of Lues*, dans Edinburgh medical and surgical Journal, 1818, vol. XIV, p. 485-498.— Gust. Ad. Wer-

NER, *De origine ac progressu Luis venereæ animadversiones quædam*, Diss. inaug. Leipzig, 1819. L'auteur se prononce pour l'ancienneté de la maladie que les anciens lui paraissent avoir confondue avec la lèpre. — W. WENDT, *Bydrag til historien of den veneriske sigdoms begyndelse og fremgangi Danmark*. Kjobnhaven. 1820, in-8°. Traduct. allemande dans le Journal de Hufeland, 1822, vol. LV, p. 1. Cet ouvrage prouve que la Lues était connue en Danemark depuis 1495. — Nicol. BARBANTINI, *Notizie istoriche concernenti il contagio venereo, le quali precedono la sua opera sopra questo contagio*. Lucques, 1820, in-8°. — Domenico THIENE, *Lettere sulla storia dei mali venerei*. Venise, 1823. Cet ouvrage contient une réfutation de l'origine américaine. — HUBER (V. A.), *Bemerkungen über die Geschichte und Behandlung der venerischen Krankheiten* (Observations sur l'histoire et le traitement des maladies vénériennes). Stuttgart et Tubingue, 1825, in-8°. L'auteur cherche surtout à réfuter l'origine américaine. — A. DUBLED, *Coup d'œil historique sur la maladie vénérienne*. Paris, 1825. — S. J. BEER, *Beiträge zur Geschichte der Syphilis* (Contributions à l'histoire de la syphilis), dans Oken's Isis, vol. II, p. 728-731, 1828. — Pel. de JURGENEW, *Luis venereæ apud veteres vestigia*, Diss. inaug. Dorpati, 1826. — CHOULANT, Hieronymi Fracastorii *Syphilis seu morbus gallicus*, etc. Leipsig, 1830. — F. Al. SIMON, *Versuch einer kritischen Geschichte der verschiedenartigen, besonders unreinen Behaftungen der Geschlechtstheile und ihrer Umgebung, oder der örtlichen Lustübel, seit der ältesten bis auf die neueste Zeit* (Essai d'une histoire critique des diverses affections impures des parties génitales et des parties voisines, ou des affections syphilitiques locales, dès les temps les plus anciens jusqu'à nos jours). Hambourg, 1830, 1831, 1846, 3 vol. in-8°. — Le MÊME, *Kritische Geschichte der Ursprung, der Pathologie und Behandlung der Syphilis, Tochter und wiederum Mutter des Aussatzes* (Histoire critique de l'origine, de la pathologie et du traitement de la syphilis, fille et à la fois mère de la lèpre). Hambourg, 1857, vol. I; 1858, vol. II, Ire section. — Max. Lud. SCHRANK, *De luis venereæ antiquitate*. Diss. inaug. Ratisbonnæ. Monachii, 1834. — Math. JAUDT, *De lue veterum et recentium*. Diss. inaug. Monachii, 1834. — Aug. ZENNARO, *De syphilidis antiquitate et an sit semper contagio tribuenda*. Patavii, 1837, in-8°. — Jos. Ferd. MASAREI, *Dissert. sistens argumentum, morbos venereos esse morbos antiquos*. Viennæ, 1837, in-8°. — Julius ROSENBAUM, *Geschichte der Lustseuche*, Erst. Theil, die Lustseuche in Alterthume. Halle, 1839 (Histoire de la maladie vénérienne dans l'antiquité, etc.). 2e édit., 1845, in-8°; traduction française par SANTULUS, Bruxelles, 1847. Ouvrage d'une vaste et profonde érudition qui conclut à l'existence de la syphilis de toute antiquité. — MEYER AHRENS, *Geschichtliche Notizen über das erste Auftreten der Lustseuche in der Schweiz*, dans Schw. Zeitschrift für Natur und Heilkunde. 1841, Bd. III, Heft, 1 et 2. — GAUTHIER, *Recherches nouvelles sur l'histoire de la syphilis*. Lyon, 1842. — Ch. DAREMBERG, *Annales des maladies de la peau*, 1851-1852. t. IV, p. 126-130, 270-276. — LEBERT, *Ueber Ursprung und Entwickelung der Doctrinen über Syphilis*. Prager Vierteljahreschr. Bd. 56, 1857. — M. J. R. SIMPSON, *Sur l'introduction de la syphilis en Ecosse au XVe siècle*, mémoire lu à la Soc. épidémiologique le 5 novembre 1860. Edinburgh Med. Journ. Feb. 1861. Gaz. méd., p. 389, 1861. — ALI-COHEN, *Études sur l'histoire de la syphilis en général et sur l'histoire de la syphilis dans les Pays-Bas en particulier*, traduites du manuscrit hollandais, par Ph. J. van MEERBECK (sans date). — A. A. FOLKER, *Sur l'histoire de la syphilis en Hollande*, dans Nederland. tijdschs. IV. p. 419, jul. 1860; V, p. 451, août 1861. — HŒSER, *Historische Bedenken gegen die neuesten Ankläger in der Syphilis*. Archiv für patholog. Anat und Physiolog. Band XVIII, 1860. — VIRCHOW, *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie*, XIX, p. 238 et LIII, p. 137. — R. FINKENSTEIN, *Zur Kenntniss der venerischen Affectionen in Alterthume*. Zeitschrift für Wundarzte und Geburtshulf. 14 Jahrgang, 1861. — Le MÊME, *Zur Geschichte der Syphilis*, etc. Breslau. 1870. — PRAGER, *Mittheilungen zur Geschichte der Syphilis und Pest*. Archiv f. pathol. Anat. und Physiol., Bd. XXIV, Heft. 1 et 2, p. 210. — RENGIFO, *Etude sur les premiers syphilographes espagnols*, thèse de Paris, 1863. — W. STRICKER, *Zur Geschichte der Syphilis in Deutschland*. Archiv f. pathol. Anat. und Physiol., Bd. XXXI, 530, et Bd. XLV, 122. — H. FRIEDBERG, *Die Lehre von den venerischen Krankheiten in dem Alterthume und Mittelalter*. Berlin, 1865. — Fr. LOHNSER, *Zur Geschichte der Morbus*

gallicus und der Syphilis. Wien. med. Wochenschr., XVII, 89, 1867. — J. Fr. Kirchhoffer, *Über die venerischen Krankheiten bei Alten.* Zurich, 1867. — Bach, *Aperçu historique de la syphilis,* thèse de Paris, 1867. — G. Gaskoin, *Sur l'historique de la syphilis.* Med. Times and Gaz. Juillet et août 1867. — Ch. Renault, *La Syphilis au* xv*e siècle,* thèse de Paris, 1868.

III. *Traités divers.* — Freind, *Histoire de la médecine,* traduite de l'anglais par Etienne Coulet. Leide, 1727, t. III, p. 192-277. — Astruc, *De morbis venereis libri novem.* Paris, 1740, vol. II; traduction française par Louis. Paris, 1777. — Van Swieten, *Commentaria in Boerhaavii Aphorismos.* Lugduni Batavorum, 1772, t. V, p. 373. — François Raymond, *Histoire de l'éléphantiasis, contenant aussi l'origine du scorbut, du feu Saint-Antoine, de la vérole,* etc. Lausanne, 1767. — G. Gebler, *Migrationes celebriorum morborum contagiosorum,* dissertations médicales. Götting., 1780. — Jesse Foot, *A complete treatise on the origin and cure of the lues venerea,* etc. London, 1792. — Girtanner, *Abhandlung über die vener. Krankheiten.* Göttingen, 1788 et 1789. — B. Bell, *Traité de la maladie vénérienne,* traduit en français par Fr. Bosquillon, t. II, p. 16. Paris, 1802. — Walch, *Ausführliche Darstellung des Ursprungs, der Erkenntniss, Heilung und Vorbauung der vener. Krankheit.* Jena, 1811. — Richond des Brus, *De la non-existence du virus vénérien, prouvée par le raisonnement, l'observation et l'expérience,* t. II. Paris, 1826. — A. J. L. Jourdan, *Traité complet des maladies vénériennes.* Paris, 1826, 1re partie. — Kurt Sprengel, *Versuch einer Pragmat. der Arzeneik.*, Halle, 1828, vol. II, p. 521-525, 714; vol. III, p. 204-217; vol. V, p. 570-594. — Fr. Schnurrer, *Chronik der Seuchen,* 2e partie. Tubingue, 1823 et 1825. — H. Heser, *Historische-patholog. Untersuch. als Beiträge zur Geschichte der Volkskrankheiten.* Leipsig, 1839, et *Gesch. der épid. Krankh.* Iéna, 1865. — John Bacot, *A treatise on syphilis in which the history, symptoms and method of treating every form of that disease are fully considered.* Londres, 1829. — J. Maddon Tilley, *A practical treatise on diseases of the genitals of male:* with a preliminary essay on the history, nature and general treatment of the lues venerea. Londres, 1829. — Handschuch, *Die syphilitischen Krankheitsformen und ihre Heilung.* Munich, 1831. — Desruelles, *Traité pratique des maladies vénériennes,* t. II, Paris, 1836. — G. F. Dieterich, *Die Krankheitsfamilie Syphilis,* 2 vol. Landshut, 1842. — A. Cazenave, *Traité des syphilides,* Paris, 1843. — C. H. Fuchs, *Die Krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhange,* etc. Gottingen, 1840. — Ashley Cooper, *Leçons théoriques et pratiques sur la chirurgie,* publiées par Lee, traduct. allemande de Burchard. Erlangen, 1845. — Heine, *Beiträge zu der Lehre von der Syphilis in ihrer Verbindung mit Vaccine und Diphteritis.* Wurtzburg, 1852. — Holder, *Lehrbuch der syphilitischen Krankheiten, nach dem neuesten Stande der Wissenschaft.* Stuttgart, 1851. — Vidal (de Cassis), *Traité des maladies vénériennes.* Paris, 1853. — Rollet, *Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, la blennorrhagie et principes nouveaux d'hygiène et de médecine légale.* Lyon, 1861. — Follin, *Traité de pathologie externe,* t. I. Paris, 1861. — Ph. Ricord, *Lettres sur la syphilis.* 3e édit., 1863. — J. M. Guardia, *La Médecine à travers les siècles,* Paris, 1865, p. 217. Voir encore Gaz. méd. de Paris, 1863. — Geigel, *Geschichte, Pathologie und Therapie der Syphilis.* Wurtzburg, 1867. — Ed. Guntz, *Beiträge zur Geschichte der Medicin.* Leipzig, 1868.

IV. *Sources bibliographiques.* — G. Rees, *On the primary symptoms of the lues venerea, with a critical and chronological account of all the english writers on the subject from* 1735 *to* 1785. London, 1802, in-8°. — H. Aug. Hacker, *Litteratur der syphilitischen Krankheiten vom Jahre* 1794, *bis mit* 1829, als Forsetzung der Girtannerschen Litteratur zu betrachten. Leipzig, 1830. — Le même, *Neueste Litteratur der syphil. Krankheiten von* 1830, 1838. Leipzig, 1839. — Ces indications bibliographiques ont été continuées dans l'Argos de Hacker, 1842-1843.

CHAPITRE PREMIER

LA SYPHILIS DANS L'ANTIQUITÉ.

D'abord soutenue par Sanchez, propagée plus tard par Heusler et par les recherches bibliographiques de Gruner d'Iéna, défendue avec un grand talent par Cazenave et Rosenbaum, la doctrine de l'ancienneté de la syphilis repose sur des données nombreuses empruntées d'une part aux ouvrages des médecins chinois, indous, grecs et latins ; d'autre part, aux épigrammes et aux satires des poètes de l'antiquité. Voyons ce que fournissent ces diverses sources.

§ 1. — De la syphilis chez les peuples de la Chine et de l'Inde.

A l'exception d'un passage de l'ouvrage d'Astruc (1) où il est dit que les livres de médecine écrits en langue chinoise ne parlent de la maladie vénérienne que comme d'une maladie très-ancienne, nos renseignements étaient à peu près nuls sur l'état de la syphilis en Chine avant que parût l'intéressant livre du capitaine Dabry (2).

Ce livre, qui contient sur la matière des données importantes, est une sorte de compilation d'ouvrages de médecine chinoise dont le plus ancien remonte à Hoang-ty, 2637 ans av. J. C., mais dont le plus nouveau est presque de notre époque. Malheureusement l'auteur, selon la judicieuse remarque de Verneuil (3), peu initié aux exigences historiques et bibliographiques, n'a pas pris soin de noter assez souvent les sources où il a fait ses emprunts. Quoiqu'il en soit résulté un certain doute sur la chronologie des dogmes, des préceptes et des observations citées, l'ancienneté de la syphilis en Chine ne paraît cependant pas contestable. Le chancre ne peut être méconnu dans cet ouvrage où il est l'objet d'une description détaillée. Ulcère rongeur produit par un virus d'une nature particulière et communicable par le contact immédiat, cet accident s'observe aux parties génitales de l'homme ou de la femme, mais on le rencontre aussi dans l'intérieur du canal de l'urèthre, dans la bouche et la gorge, au nez, à l'anus ou à l'extrémité du gros intestin. Il apparaît généralement du troisième au neuvième jour, ou seul, ou accompagné d'un grand nombre d'autres accidents du même genre. Il débute par une petite tache rouge, gonflée au centre et causant ou de la douleur ou un prurit très-vif ; peu de temps après, au milieu de la plaie se montre un point blanc qui forme cavité et augmente insensiblement en largeur et en profondeur. Dans le fond, on aperçoit et l'on sent une sorte de peau ferme, épaisse, de couleur blanchâtre ; les bords deviennent également durs, droits avec des dentelures inégales. Les ulcères consécutifs de la bouche, de la gorge et du nez, les plaques muqueuses de la région anale, les éruptions cutanées, en un mot la série des accidents secondaires est longuement mentionnée ; dans un dernier paragraphe intitulé :

(1) *Traité des maladies vénér.*, trad. de Louis, t. II, p. 346.

(2) *La médecine chez les Chinois.* Paris, 1863.

(3) *Archives génér. de méd.*, 1863, t. I, p. 625.

Chancre au nez, les accidents tertiaires sont assez clairement désignés : écoulement sanieux, ulcération, destruction des cloisons des narines, etc.

Dans l'Inde comme en Chine, la syphilis n'est pas une maladie nouvelle. Le *Suçrutas* (1), ouvrage écrit vers l'an 400 et qui est en quelque sorte le traité hippocratique de la médecine indienne, contient des passages dans lesquels il est difficile de ne pas reconnaître la syphilis. Des affections, les unes locales intéressent les organes de la génération, les autres plus générales ont un autre siège. L'humeur en mouvement, est-il dit, entre dans le pénis, corrompt la chair et le sang, occasionne une irritation d'où vient une blessure sur laquelle se forment des élevures croûteuses laissant écouler un sang séreux..... Ces lésions détruisent la verge et produisent la stérilité. Chez la femme, l'humeur qui pénètre dans les parties sexuelles occasionne des excroissances fongueuses, sanieuses et fétides. Le chancre dans ces passages est seul reconnaissable, mais dans cet autre il y a lieu de croire qu'il s'agit des affections consécutives de la syphilis : « Les humeurs mises en mouvement se portent vers les parties supérieures, occasionnent dans le nez, l'œil, l'oreille et la bouche, des hémorrhoïdes. Si l'oreille en est affectée, survient de la surdité ; l'oreille est douloureuse et exhale une odeur fétide. Le nez est-il lésé, il en résulte de l'éternument, un coryza, la difficulté de la respiration ; une odeur fétide s'échappe des fosses nasales, la voix est nasillarde, il y a en même temps douleur de tête (ozène syphilitique), sur la peau on observe des hémorrhoïdes disséminées qu'on appelle des hémorrhoïdes verruqueuses (*Nidanasthâna*, cap. tt). » Ailleurs il est encore question de nodus et de bubons, il existe même des conseils sur le traitement de ces derniers (2).

L'histoire des pratiques religieuses de l'Inde est une autre source des preuves de l'antiquité de la syphilis dans cette contrée. En effet, tandis que le culte de Vénus prenait naissance au centre de l'Asie, chez les Assyriens (Pausanias), commençait dans l'Inde le culte du Lingam, plus conforme à l'égoïsme de l'homme. Or le mythe de ce culte, tel qu'il est raconté par Sonnerat (*Voyage aux Indes et à la Chine*), est tout à fait propre à expliquer d'une manière presque entièrement satisfaisante l'origine de la syphilis. La partie de ce mythe qui nous intéresse est relative au châtiment de Çiva qui s'était laissé entraîner à la volupté ; ses parties génitales furent détruites par la gangrène, qui se répandit dans le monde en se communiquant des femmes aux hommes et ne cessa que par suite des prières des pénitents ; les parties heureusement guéries furent suspendues en ex-voto dans le temple de la divinité. Suivant F. C. Klein(3), qui se fonde sur les annales malabares, il y a plus de neuf siècles que des médecins ont fait mention de la syphilis et de la guérison de cette maladie par le mercure. Cependant, dans l'antiquité, les affections des parties génitales chez

(1) *Suçrutas A'yurvedas*, id est Medicinæ systema, a venerabili D'hanvantare demonstratum, a Suçruta discipulo compositum. Nunc primum ex sanskrita in latinum sermonem vertit, introductionem, annotationes et rerum indicem adjecit Dr Franciscus Hessler, t. I, p. 111. Erlangen, 1844-1850. — Voyez aussi *Commentary on the Hindu system of medicine*, by T. A. Wise, Bengal medical service. Calcutta et Londres, 1845, in-8°.

(2) Trad. de Hessler, vol. II, cap. XIX, p. 124. — Voyez encore H. Friedberg, *Archiv für pathologische Anatomie und Physiol.*, Bd. XX, Heft. 1 et 2, p. 251, 1864.

(3) *De morbi venerei curatione in India Orientali usitata*. Hafn., 1795. — Tode, *Journ. de méd.*, vol. II, liv. II.

les Indiens ont été certainement très-rares, puisque les Grecs (1) rangent ces peuples parmi les nations dont la vie est très-longue, à cause de leur tempérance et du climat peu favorable à la naissance de maladies.

§ 2. — De la syphilis chez le peuple juif, les Grecs et les Romains.

L'idée que la syphilis pouvait exister de toute antiquité une fois émise, on ne manqua pas de fouiller jusque dans les livres saints pour y retrouver les traces de cette maladie, et la sagacité des érudits put alors s'exercer au sujet de plusieurs passages de la Bible. Le premier de ces passages est relatif à la plaie de Baal Peor, qui faisait des ravages parmi les Juifs à cause de leur participation au culte de ce dieu ; mais à la vérité il est impossible de rien trouver (2) qui puisse donner sur les conditions pathogéniques de cette plaie une explication satisfaisante.

Les indications vagues du chap. XIII du Lévitique, bien qu'indiquant autre chose que la lèpre, ne sont pas plus démonstratives. Les souffrances nocturnes de Job, les cicatrices et le pus qui couvraient sa peau ne peuvent davantage arrêter un critique sérieux (3). Peut-être y aurait-il lieu de se préoccuper un peu plus de ce passage de Philon (4) où il est dit que la circoncision a été ordonnée pour prévenir une maladie grave et difficile à guérir, nommée *anthrax*, à laquelle étaient sujets ceux qui n'étaient pas circoncis, si quelque chose indiquait qu'il s'agit bien ici du chancre syphilitique.

Les médecins de l'antiquité grecque offrent dans leurs écrits peu de passages qui se rattachent d'une façon positive à l'histoire de la syphilis ; toutefois il serait peut-être possible de rapprocher de l'épidémie du XVe siècle le fragment suivant de l'un des livres d'Hippocrate (5) :

« Beaucoup, dit le père de la médecine, eurent des aphthes et des ulcérations de la bouche. Fluxions fréquentes sur les parties génitales, ulcérations, tumeurs au dedans et au dehors, gonflement dans les aines. Ophthalmies humides, longues et douloureuses ; carnosités aux paupières en dedans et en dehors, qui firent perdre la vue à beaucoup de personnes, et que l'on nomme des *figues*. Les autres plaies et les parties génitales étaient aussi le siége de beaucoup de fongosités. Dans l'été, on vit un grand nombre d'anthrax et d'autres affections qu'on appelle septiques ; des éruptions pustuleuses étendues ; chez beaucoup, des grandes éruptions vésiculeuses. »

Les pratiques religieuses éclaircissent mieux, sans aucun doute, le point d'histoire qui nous occupe. Le mythe qui prit naissance à l'occasion de la transplantation du culte de Bacchus et de celui du Phallus de l'Inde dans la Grèce, nous est en effet rapporté par Natalis Comes, d'une façon qui porte à croire que dès cette époque les affections des parties génitales étaient des plus

(1) Strabon, *Geogr.*, p. 1027 et 1037. — Voy. Ctésias, *Indic.*, 15. — Lucien, Macrob., c. IV. — Diod. Sic., XI, c. XL. — Pline, *Hist. nat.*, XVII, c. II.

(2) Voy. chap. XV, vers 8, et chap. XXI, vers 16 et 17 des *Nombres*.

(3) Consultez sur la maladie de Job : Boussille-Chamseru, *Mem. de la Soc. méd. d'émulation*, Paris, an VII, p. 501. Rollet, *Nouvelles conjectures sur la maladie de Job*, Paris, 1867, rattache, à l'exemple de Bartholin, cette maladie au scorbut.

(4) Voy. Bosquillon, dans sa traduct. du *Traité* de Bell, t. II, p. 48.

(5) Œuvres, *des Épidémies*, liv. III, sect. III, § 7 ; édit. Littré, t. III, p. 85.

sérieuses (1). Après avoir raconté que les Athéniens avaient négligé de rendre les honneurs aux images de Bacchus portées dans l'Attique par Pégase de Béotie, l'auteur ajoute : *Deus* (sc. Bacchus) *indignatus pudenda hominum morbo infestavit qui erat illis gravissimus.* Un autre mythe raconté par le même auteur (*lib. cit.*, p. 528), et relatif à l'introduction du culte de Priape dans Lampsacus, a une grande ressemblance avec le premier : Aphrodite ayant été rendue enceinte par Bacchus, pendant sa marche dans l'Inde, accouchait, à son retour à Lampsacus, de Priape ; resté dans cette ville, celui-ci en fut exilé plus tard par les habitants dont il avait séduit les femmes. Les dieux, pour les punir, leur infligèrent *gravissimum pudendorum morbum,* dont ils ne purent se délivrer qu'en rappelant Priape. Il y a lieu de croire que ce mythe n'est venu qu'après coup, et que la malignité de la maladie fit inventer la colère du dieu et la guérison par l'intervention de ce même dieu apaisé. Les anciens, en effet, recouraient particulièrement aux dieux pour les pertes et autres maladies de cette nature. L'ex-voto suivant, tiré des *Priapeia* (2), montre avec évidence cette croyance en l'intervention de la divinité pour la curation des maladies vénériennes :

VOTI SOLUTIO.

Cur pictum memori sit in tabella
Membrum quæritis unde procreamur?
Cum penis mihi forte læsus esset
Chirurgique manum miser timerem,
Diis me legitimis, nimisque magnis
Ut Phœbo puta, filioque Phœbi
Curatum dare mentulam verebar,
Huic dixi : Fer opem, Priape, parti
Cujus tu pater ipse par videris :
Qua salva sine sectione facta, etc., etc.

Que le fait soit exact ou non, il n'est pas moins vrai qu'il établit la gravité des affections vénériennes dans l'antiquité, et qu'il indique autre chose que la simple blennorrhagie.

Chez les Romains, les affections des organes génitaux sont longuement mentionnées par les médecins. Celse, le plus ancien auteur de la médecine latine, leur consacre tout un chapitre au commencement duquel il établit ce fait important au point de vue qui nous occupe, à savoir qu'à son époque, médecins et malades ne parlaient qu'avec réserve des affections des parties honteuses : d'où l'on peut conclure que ces maladies étaient peu ou pas observées, et par conséquent mal connues. Ce n'est donc pas, dit Celse, une entreprise facile de traiter de ces maladies pour quiconque veut garder les règles de la bienséance sans s'écarter de celles de l'art (3)... Et plus loin, ce même auteur, décrivant la plupart des affections des parties génitales, ajoute que dans le phimosis, après avoir vaincu la résistance du prépuce, on aperçoit, lorsqu'il est abaissé, des

(1) *Mythologiæ, sive explicationes fabularum*, lib. X. Francf., 1588, VIII, p. 478.
(2) *Priapeia sive diversorum poetarum in Priapum lusus, etc., illustrati comment.*, Casp. Scioppius, etc., Patavii, 1664, p. 45, carmen XXXVII.
(3) *Traite de la médecine*, liv. VI, sect. XVIII, trad. française de Fouquier, p. 372.

ulcères situés ou à sa partie intérieure, ou au gland, ou à la verge, au delà du gland ; ces ulcères sont *nets et sees*, ou bien ils sont *humides et purulents* (*ulcera pura siccaque et ulcera humida et purulenta*). Or, qui ne voit dans cette division les deux variétés de chancre dur et de chancre mou admises de nos jours? Dans d'autres passages, il y a lieu de songer aux autres variétés de chancres serpigineux et phagédénique : « *si vero ulcus latius atque altius serpit... Occalescit etiam in cole interdum aliquid ; idque omni pene sensu caret* ». Ailleurs, il est question des ulcères de la bouche et du nez (1), des amygdales. Celse donne enfin une description abrégée de quatre espèces d'impétigo et de deux sortes de dartres dont quelques variétés pourraient très-bien être rattachées à notre sujet. Cependant, si l'ouvrage de Celse laissait encore du doute sur l'existence de ces affections consécutives, il ne pourrait en être ainsi du passage suivant d'Arétée (2) : « Chez quelques-uns, dit ce médecin, la luette est détruite jusqu'à l'os du palais, et les fauces jusqu'à la racine de la langue et de l'épiglotte. »

Lésions locales primitives et affections consécutives paraissent donc avoir été observées dès les premiers temps de la médecine latine. Les successeurs de Celse, il est vrai, ont peu ajouté sur la matière, mais ils ont du moins distingué à son exemple des *ulcères secs et purs* et des *ulcères humides et purulents* (3). Galien (4) et Aetius (5) font en outre mention, le premier du psoriasis scroti, sorte d'induration du scrotum compliquée de démangeaisons et quelquefois d'ulcères ; le second de *pustulæ spontaneæ in pudendis*, accidents qui pourraient bien n'être que des manifestations secondaires.

Le sykos des Grecs ou ficus des Romains, qui, suivant Galien (6) et Oribase (7), est un tubercule ulcéran humide, de forme ronde, etc., présente une analogie d'autant plus manifeste avec nos plaques muqueuses qu'à Rome et à Alexandrie on observait cet accident le plus souvent à l'anus chez les hommes accusés de pédérastie (8). Hippocrate, paraît-il (9), indiquait déjà cette affection sous le nom de kiôn, disant qu'elle répand une mauvaise odeur.

Plus rarement à la vérité on trouve, dans les écrits des anciens, des passages pouvant faire allusion aux accidents tertiaires. Plutarque cependant parle de la corrosion du tibia, et Archigène (10) de douleurs particulières du périoste, lesquelles sont si profondes et si fixes, que le malade croit que les os eux-mêmes sont le siége de la douleur. Galien ajoute que ces douleurs s'appellent ordinairement *ostokopoi* (ostéocopes). Dans un passage de Marcellus Empiricus (11), il est question d'affections ulcéreuses et serpigineuses des tibias : *ulcera tibiarum quæ intrinsecus serpunt*, lesquelles ne paraissent appartenir à nulle autre maladie que la syphilis.

(1) Lib. V, sect. XXVIII.
(2) *De causis et signis acutorum morborum*, lib. I, cap. VIII.
(3) Galien, *Méthod. méd.*, liv. V, chap. XV. — P. Agenitus, lib. III, 59. — Oribase, *Synops.*, IX, 37. — Marcellus Empiricus, cap. XXXIII.
(4) *Loc. cit.*, c. XX.
(5) *Tetrabiblos*, IV, Serm. II, cap. III.
(6) *Synops. méd.*, lib. V, c. III. — Aetius, *loc. cit.*, IV, c. XIV.
(7) *Synops.*, lib. VII, c. XL. — Aetius, *loc. cit.*, et Paulus Æginetus, lib. III, c. III.
(8) Celse, VI, c. XVIII. — Aetius, *loc. cit.*, lib. II, c. III.
(9) *De natur. mulierum*, vol. II, p. 588. — *De morbis mulierum*, lib. II, vol. II, p. 879 ; citation de Rosembaum, p. 441. Halle, 1845.
(10) Galien, *de Locis affectis*, II, cap. VIII.
(11) *De medicamentis*, cap. XXXIV.

Nous bornons ici ces citations qu'il serait possible de rendre beaucoup plus nombreuses. Il résulte de l'examen qui précède que les médecins grecs et latins connaissaient et distinguaient plusieurs ordres d'accidents locaux aux parties génitales, et l'on ne peut contester que quelques-uns d'entre ces accidents (ulcères secs et humides) ne semblent répondre aux deux variétés chancreuses qui aujourd'hui occupent encore l'attention des médecins. Du reste, même chez les anciens, les accidents tertiaires ne paraissent pas avoir fait défaut. Aux poëtes satiriques plutôt qu'aux médecins il appartenait de nous révéler la contagiosité des affections vénériennes de la Rome impériale. Les épigrammes de Martial sont sous ce rapport d'une richesse vraiment surprenante ; c'est au point qu'on se trouve embarrassé par le choix des citations. Le passage suivant, où Martial dit que le débauché Nævolus a communiqué à un jeune esclave des accidents contagieux, est des plus remarquables :

IN NÆVOLUM.

Mentula quum doleat pueri, tibi, Nævole, culus,
Non sum divinus, sed scio *quid facias* (1).

Ailleurs la contagion des excroissances condylomateuses est également mise hors de doute dans une famille où tous les membres sont atteints d'un ulcère honteux :

DE FAMILIA FICOSA.

Ficosa est uxor, ficosus et ipse maritus,
Filia ficosa est, et gener atque nepos.
Nec dispensator, nec villicus, *ulcere turpi*,
Nec rigidus fossor, sed nec arator eget (2).

Martial signale en outre des accidents du côté de la bouche et de la gorge, chez les cinèdes, il indique de plus l'altération de la voix du fellator :

Qui recitat lana fauces et colla revinctus,
Hic se posse loqui, posse tacere negat (3).

Dion Chrysostome (4), d'un autre côté, parle sans doute des modifications de la voix consécutives au vice vénérien lorsqu'il s'écrie : « On dit qu'Aphrodite, pour punir les femmes de Lesbos, leur a envoyé une maladie des aisselles ; eh bien, c'est ainsi que la colère divine a détruit le nez du plus grand nombre d'entre vous, et c'est de là qu'est venu ce son particulier. »

Que la mentagre et le morbus campanus (5), maladies fréquentes chez le peuple romain, aient été ou non la syphilis, la question est difficile à décider.

(1) *Epigram.*, lib. III, n. 71.
(2) *Ibid.*, lib. VII, 71. — Les mêmes accidents sont encore signalés par Juvénal :

. . . . . Podice levi
Cæduntur timidæ, medico ridente, mariscæ.
(Sat. II, v. 12-13.)

(3) *Epigram.*, lib. VI, 41.
(4) *Orationes ex recensione J.-Jac. Reskii*, Lips., 1784, vol. II, orat. 33.
(5) Nebel, *Epistola de morbis veterum obscuris*. Giess., 1794. — Platner, *Pr. de morbo campano Horatii*. Lipsiæ, 1732.

Ce que l'on peut dire, c'est que le morbus campanus, affection toute particulière aux débauchés et qui laissait à sa suite de profondes cicatrices, n'est pas sans analogie avec notre syphilis, ainsi que l'établit le passage suivant d'Horace :

> ..... At illi *fœda cicatrix*
> Setosam lævi frontem turpaverat oris.
> *Campanum in morbum*, in faciem permulta jocatus
> Pastores saltaret uti Cyclopa, rogabat (1).

Ces divers documents ne permettent pas de douter de l'existence des maladies vénériennes dans l'antiquité. Non-seulement la blennorrhagie était bien connue alors, mais les ulcères que nous décrivons plus loin sous la dénomination de *chancre mou* ou *chancre vénérien* sont incontestables, du moins après les tableaux que Celse nous en a tracés. Faudrait-il, à l'exemple de Simon de Hambourg, n'accorder à l'antiquité que les affections vénériennes locales pour rapporter au XVe siècle l'origine de la syphilis constitutionnelle? Évidemment non, si l'on tient compte à la fois des données scientifiques fournies par les médecins et de l'insistance des poètes romains qui ont le plus énergiquement peint la débauche de leur temps, à faire de la bouche le réceptacle des impuretés contagieuses. Aussi croyons-nous que si les recherches d'érudition ne permettent pas de reconstruire entièrement, avec les données antiques, le tableau moderne de la syphilis constitutionnelle, elles permettent encore moins d'affirmer que la syphilis n'existait pas dans l'antiquité.

Après avoir cherché les traces de la syphilis chez les peuples anciens de l'Europe et de l'Asie, on arrive naturellement à se demander si cette maladie ne se rencontrait pas aussi chez les anciens habitants de l'Amérique. Quoique plus difficile et plus controversée, cette question n'est peut-être pas complétement insoluble. Des observations multiples, et notamment celles de Prescott et Irving (2), attestent que les Américains, loin d'avoir donné la syphilis aux Européens, l'auraient plutôt reçue de ces derniers, puisque cette maladie s'est fait remarquer chez eux à mesure de leurs rapports plus constants avec nous. Pourtant, si l'on s'en rapporte à certains auteurs, on trouverait parmi les anciens indigènes de l'Amérique des peuplades offrant des traces du fléau syphilitique. Ainsi l'abbé Brasseur de Bourbourg (3) écrit dans une note de son intéressante Histoire du Mexique, que des documents originaux et nombreux, dans les langues des peuples de la vallée d'Anahuac, etc., lui ont prouvé d'une manière irréfragable l'existence de cette maladie (la syphilis) en Amérique avant la découverte de Christophe Colomb. Il s'agit de l'apothéose de Xanahuall et de sa métamorphose en soleil. Le bûcher est allumé, celui qui aura le courage de s'y jeter méritera les honneurs de l'apothéose, car de ses cendres renaîtra le Dieu qui illuminera l'univers. Manahuath est là avec les autres, mais il est malade, il souffre

(1) *Sat.*, lib. I, v.
(2) Prescott et Irving, *New-York Journal of Medicine*, mars 1844.
(3) *Histoire des nations civilisées du Mexique et de l'Amérique centrale durant les siècles antérieurs à Christophe Colomb*. Paris, 1857, t. I, p. 181.

d'un mal terrible, incurable, il n'y a plus rien qui le rattache à la vie dont il a épuisé les joies ; mais il hésite encore, les autres l'encouragent. « C'est à toi, lui disent-ils, à garder le ciel et la terre. » Manahuath obéit à cette injonction, il s'élance dans les flammes où il est instantanément dévoré. Sa maladie, dont toutes les traditions rappellent également le souvenir, le décida, et depuis lors apparemment ce mal terrible fut en quelque sorte divinisé avec lui. Ce qu'il y avait de plus révoltant dans les membres de ce dieu improvisé, la matière la plus abjecte revêtit mystérieusement les symboles de la grandeur et de la majesté. Les mots qui expriment la corruption la plus infecte du corps humain ont encore aujourd'hui chez une multitude de nations indiennes un sens analogue à la puissance la plus élevée. Dans toutes les traditions espagnoles relatives à l'histoire de ce dieu, Manahuath est toujours désigné sous le qualificatif « Buboso » le syphilitique. Le mot *puz* qui signifie la matière puante et corrompue des plaies de ce malade, *pax* dans la langue tzendale et la langue zotzile, devient un verbe pour signifier le sacrifice, l'holocauste, et spécialement le sacrifice des victimes humaines. Galel-Ahpop est un titre princier et galel-ya est un syphilitique..... le peu veut dire une grande syphilis ou celui qui en a beaucoup ; Gagal Tepewal, la majesté par excellence et la majesté divine.

CHAPITRE II

LA SYPHILIS AU MOYEN AGE.

Au moyen âge comme dans l'antiquité, la syphilis ne se trouve encore que sous forme de fragments séparés, qu'il faut chercher d'une part dans les altérations locales des organes génitaux, d'autre part dans des affections générales, décrites sous les noms de *lèpre*, ou d'*éléphantiasis*.

Les documents qui attestent l'existence de la syphilis à cette époque, quoique déjà nombreux, le seraient plus encore si l'on venait à dépouiller bon nombre de manuscrits jusqu'ici restés enfouis dans la poussière des bibliothèques. Déjà, dans un de ces manuscrits à la date du IXe siècle, Daremberg (1) est parvenu à découvrir un passage où la mention de la correspondance des maladies de l'anus avec celles des organes génitaux ne peut être mise en doute. Les ulcères des parties génitales ont surtout été bien décrits à cette époque, et par l'école arabe (2) et par les médecins anglais, français et italiens.

Guillaume de Salicet (3), au XIIIe siècle, dans un livre remarquable, intitulé l'un des chapitres : *De corruptionibus, quæ fiunt in virga et circa præputium propter coitum cum meretrice vel fœdo ;* Lanfranc de Milan (4), quelques

(1) Voyez : *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. IV, p. 275. Paris, 1851-1852. — Consultez : Documents pour servir à l'histoire de la syphilis au moyen âge, *Union méd.*, 21 sept. 1868, p. 466.

(2) Voy. Albucasis, Rhasès, Avicenne, etc.

(3) *Chirurgia*, lib. I, cap. XLVIII, 1270.

(4) *Practica seu ars completa chirurgiæ*, tract. III, doct. II, c. II, et doct. III, c. II. *De fico et cancro et ulcere in virga virili.*

années plus tard, parle d'excroissances du prépuce tantôt molles, tantôt dures, et il ajoute : « Ulcera veniunt ex pustulis calidis virgæ supervenientibus, quæ postea crepantur vel ex acutis humoribus locum ulcerantibus, vel ex commixtione cum fœda muliere, quæ cum ægro, talem habente morbum, de novo coierat. » Néanmoins, c'est à Valescus de Tarente (1) que l'on doit la meilleure description des chancres à la fin du XIVe siècle : « Ulcera et pustulæ fiunt in virga *quæ aliquando ratione malæ curæ et durationis fiunt cancrosæ* in tantum, quod aliquando perditur virga vel pars ejus, aliquando fiunt extra in pelle, aliquando ut plurimum intra : causæ possunt esse primitivæ... ut est coitus cum fœtida, vel immunda, vel *cancrosa muliere...* Vidi aliquos mori, quia tarde ad bonum pervenerunt medicum. *Virga enim erat circumdata tota ulcere cancroso cum duritie, et erat rotunda sicut unus napus, et homo erat jam discoloratus et semimortuus.* »

Qui ne voit, dans ce passage, le chancre induré, le chancre véritablement syphilitique, et non pas seulement le chancre mou ? L'existence de cet accident au moyen âge est donc peu contestable. Beaucoup d'autres auteurs de la même époque signalent ou décrivent les ulcères déterminés par un commerce impur, et dans lesquels il est encore possible de voir l'accident primitif de la syphilis, ou mêmes certains accidents secondaires. Sous ce rapport, Roger (2), Roland (3), Théodoric (4), Trotula (5), Arnauld de Villeneuve (6), Guy de Chauliac (7), Jean de Concorrége (8), Gaddesden (9), etc., méritent d'être consultés. Quelques poëtes lascifs, comme Villon (10) et Pacificus Maximus (11), n'ont pas non plus oublié les accidents dont il s'agit. Quant aux affections consécutives, non-seulement elles existent, mais elles sont nettement indiquées par quelques médecins. C'est du moins ce que semble prouver un passage tiré d'un manuscrit qui, d'après Littré (12), auquel nous en devons la connaissance, remonterait au XIIIe siècle. Dans un livre sans date, écrit par Gérard du Berri (*Glossulæ Gerardi*), lequel se trouve cité par Bernard de Gordon, professeur à Montpellier, on trouve, dit Littré, dans un chapitre intitulé : *De ulceribus et apostematibus virgæ*, le précieux passage que voici : « Virga patitur a coitu cum mulieribus immundis de spermate corrupto vel ex humore venenoso in collo matricis recepto; nam virga inficitur et *aliquando alterat totum corpus.* » Quoique court, ce dernier membre de phrase n'en est pas

(1) *Philonium*, lib. VI, cap. VI, fol. 156. Venetiis, 1502. Voy. de plus : P. d'Argelata, *Chirurg.*, lib. XXX, cap. III. Venetiis, 1480. Bruno de Longoburgo, même vol., lib. II, cap. XIV, fol. 101, distingue les verrues molles des verrues dures, dans un chapitre significatif intitulé : *De verrucis et porris, et clavo et formica accidentibus in virga et in alia parte corporis.*

(2) *Chirurgia magna*, lib. I, LVI, 65 (in *Collect. chirurg.* Venetiis, 1519).

(3) *Chirurg.*, lib. III, cap. XXXI, *ibid.*

(4) Lib. III, cap. XXXVIII, *ibid.*

(5) *Curand. Ægritud. mulieb. libell.* Leipsig, 1778.

(6) *Breviar.* II, 29, Opp., Lugdun., 1532, fol. 1776.

(7) *Chirurg.*, tract. IV, doct. II, cap. VII.

(8) *Pract. nov. med.*, Venet., 1515, tract. IV, cap. V, fol. 640.

(9) *Rosa Anglica*, lib. II, cap. XVII.

(10) *Œuvres de Fr. Villon*, édit. Formey, 1742, p. 140.

(11) Célèbre poëte du XVe siècle. Les poésies de P. Maximus ont été publiées à Florence en 1489.

(12) *Gaz. méd. de Paris*, 1846, p. 931, note sur la syphilis au XIIIe siècle.

moins décisif; après avoir signalé l'infection des organes génitaux, Gérard remarque que parfois survient l'infection générale du corps.

Ajoutons qu'un nombre assez considérable de faits extraits des annales du moyen âge témoignent également de l'existence, non-seulement de lésions chancreuses, mais de la syphilis elle-même à cette époque. Ces faits, qui intéressent surtout des grands personnages du moment, ne peuvent être rapportés ici; on pourra les consulter pour la plupart dans l'ouvrage de Hermann Friedberg (1), où ils se trouvent rassemblés.

Remarquons encore qu'un certain nombre d'affections rattachées alors à la lèpre appartiennent en réalité à la syphilis. En effet, contrairement à ce que l'on observe de nos jours, la lèpre, à cette époque, était une maladie contagieuse, et par conséquent il y a lieu de croire qu'il y avait confusion entre elle et la syphilis. Les auteurs qui signalent la contagiosité de la lèpre sont nombreux (2). L'un d'eux, B. Gordon (3), raconte le fait curieux que voici : « Une certaine comtesse qui avait la lèpre vint à Montpellier, et je fus appelé à la traiter sur la fin; un bachelier en médecine, que j'avais mis auprès d'elle, eut le malheur de partager son lit; elle devint enceinte et lui lépreux. » Philo Schoff (4) rapporte un fait du même genre; mais il y a plus, la lèpre peut provenir d'un coït impur (*lepra ex coitu cum fœda muliere*)..... *et provenit etiam* (*lepra*), dit Bernard de Gordon, *ex nimia confibulatione cum qua jacuit leprosus*. Michel Scotus (5) fait mieux voir encore la liaison qui existe entre les affections des parties génitales et la lèpre de cette époque, lorsqu'il écrit : *Si vero mulier fluxum patiatur et vir eam cognoscat, facile sibi virga vitiatur, ut patet in adolescentulis qui hoc ignorantes vitiantur* quandoque virga, quandoque lepra.

J. de Gaddesden nous apprend d'autre part qu'une femme qui a eu affaire avec un lépreux peut communiquer une affection aux parties génitales : *Ille qui concubit cum muliere, cum qua coivit leprosus, punctures inter carnem et corium* (*scil. virgæ*) *sentit, et aliquando culefactiones in toto corpore, et postea frigus et insomnietates, et circa faciem quasi formicas currentes.*

Ainsi on peut croire que les accidents constitutionnels de la syphilis étaient, au moyen âge, confondus avec les accidents de la lèpre (6), maladie un peu de mode et qui couvrait de son nom un grand nombre d'affections. Cette manière de voir a d'ailleurs pour elle l'autorité d'auteurs éminents. Hensler conjecturait que la syphilis résultait d'une dégénérescence de la lèpre, et

(1) *Die Lehre von den venerischen Krankheiten in dem Alterthume und Mittelalter*, Berlin, 1865, p. 88 et seq. Comparez : Corradi (Alfonso), *Cazo di sifilide constituzionale nel trecento* (lisez quatro cento), Milano, 1866, II, et *Annali Universali*, CXCIX, p. 43, Gennajo.

(2) Roger de Parme, Forestius, Paulmier, Valescus de Tarente, Thomas Gascoigne, etc. : Voyez Astruc, p. 77, t. I; trad. franç. de Louis.

(3) *Lilii Particula*, I, cap. XXII. Venetiis, 1496.

(4) *Libr. de Lepra.*

(5) *De procreatione hominis physionomia*, cap. VI, 1477. — Voy. encore Manardi de Ferrare, *Epistolæ medicinales*, 1525. — Théodoric, *Chirurgia*, lib. VI, cap. LV.

(6) Dans la *Pratique* de Me Pierre Bocellin de Belley, en Savoie, *Sur la matière de la contagieuse et infective maladie de lèpre*, Lyon, 1540, cap. II, on lit : Valescus de Tarente, Guy de Chauliac, Discus Florentin, assignent trois causes de lèpre. La primitive est double, c'est à savoir qu'elle est introduite au ventre de la mère, engendrée au temps des menstrues, ou qu'elle provient du *sperme* d'un lépreux... L'hérédité est une autre cause. Il y est question, en outre, de l'enrouement de la voix, du nasonnement et de la fétidité de l'haleine.

Sprengel partagea en partie ce sentiment; ils se fondaient l'un et l'autre non-seulement sur ce fait avéré que la constitution atmosphérique peut, dans certaines circonstances, et de temps en temps, altérer le caractère des maladies chroniques au point de leur faire prendre un aspect vraiment épidémique, mais encore sur ce que plusieurs des médecins qui ont écrit sur le *mal français* se sont accordés à le regarder comme l'ancienne lèpre (le saphati surtout), masquée sous une forme nouvelle et insolite. Cette opinion paraît d'autant plus probable que l'époque d'apparition de l'épidémie du XVe siècle est précisément celle où l'on vit l'éléphantiasis s'éteindre peu à peu en Europe. La lettre suivante, adressée en 1488 par Pierre Martyr (1) à son ami Arias Barbosa qui lui avait donné connaissance de sa maladie, non-seulement porte à penser que la syphilis existait avant 1495, mais elle montre de plus la parfaite analogie qui existe entre le mal français et l'éléphantiasis : « Tu m'écris, dit-il, que tu es affecté d'une maladie particulière appelée *bubas* par les Espagnols, *galico* par les Italiens (2), éléphantiase par quelques médecins, et de diverses manières par d'autres. Tu dépeins avec une incomparable élégance ton malheur, tes pertes, la gêne de tes jointures, la faiblesse de tes ligaments, les douleurs atroces des articulations, et enfin les ulcères et la fétidité de ton haleine. Je te plains, cher Arias, etc. »

De ces documents il résulte que les médecins du moyen âge, comme ceux de l'antiquité, connaissaient les manifestations de la syphilis, mais non la syphilis elle-même. Le lien qui lie l'accident primitif aux affections consécutives avait échappé. Doit-on s'en étonner quand, depuis peu d'années seulement, nous connaissons la relation qui unit les lésions primitives et secondaires aux affections viscérales jusque-là décrites et traitées sous le nom de *cirrhose du foie*, de *ramollissement du cerveau*, etc.?

Le progrès accompli dans ces derniers temps, nous allons le voir s'effectuer tout à coup, en ce qui concerne les accidents secondaires. De ce moment date la conception nosologique de la syphilis.

CHAPITRE III

ÉPIDÉMIE SYPHILITIQUE DE LA FIN DU XVe SIÈCLE. — SYPHILIS DE LA RENAISSANCE

La plupart des médecins et des historiens de la fin du XVe siècle s'accordent pour signaler l'apparition d'une maladie nouvelle ; toutefois ils ne s'entendent ni sur la date ni sur le lieu de sa naissance. Au rapport de Fulgosi (3), deux ans avant l'expédition des Français contre les Napolitains, en 1492 par conséquent, le monde fut assailli d'une maladie nouvelle.

(1) *Opus Epistolar.* Petr. Martyris Anglerii Medianolensis, Amstelodami, typis Elzevir., 1670, in-fol. 2 col., liv. I, chap. LXVIII, p. 34. La première édition de ces lettres, aujourd'hui rare, parut à Alcala de Henarez en 1530.

(2) Je ferai remarquer que le mot *galico* est considéré, par certains auteurs, comme indiquant une date moins ancienne que l'année 1488.

(3) *De dictis factisque memorabilibus collect.* Milan, 1509.

Pomarus (1) témoigne de l'apparition de cette maladie dans la Saxe, en 1493. On lit dans Sprengel (2) : « Au commencement de l'été 1493, cette maladie nouvelle était déjà en Auvergne, et, à la même époque, en Lombardie. Dans l'été de 1493, elle se manifesta à Halle, dans la marche de Brandebourg, à Brunswick et dans le Mecklembourg. » Sciphover (3) rapporte qu'elle éclata en 1494 dans la Westphalie, d'où elle ne tarda pas à se répandre sur les côtes de la mer Baltique, en Poméranie et en Prusse. Suivant Linturius (4), elle se montra, en 1494, sur les bords du Rhin, en Souabe, en Franconie et en Bavière. En 1495, elle fit son apparition en Suisse (5). Un arrêt du Parlement de Paris, rendu en 1496 (6), prescrit différentes mesures à prendre contre une certaine maladie contagieuse nommée la *grosse vérole*, qui, depuis *deux ans en ça, a eu grant force en ce royaulme*. Pinctor (7), enfin, raconte que l'épidémie de syphilis éclata à Rome, au mois de mars 1494, après l'entrée du soleil dans *Aries*.

La maladie dont il s'agit, regardée comme une maladie nouvelle, régnait donc et même se trouvait répandue dans la plus grande partie de l'Europe, avant l'année 1495 (8). Si c'est là un fait positif, et si l'on tient compte de la différence des relations entre les peuples à cette époque, est-il encore besoin de disputer sur l'*origine américaine* de la syphilis? D'un autre côté, peut-on accuser les Français d'avoir apporté ce mal en Italie, lorsque Charles VIII ne partit de Vienne, en Dauphiné, que le 23 août de l'année 1494? En aucune façon. Il faut reconnaître néanmoins que c'est au siège de Naples, surtout, que la maladie nouvelle trouva des conditions favorables à son accroissement, car, à partir de ce moment, elle prit une extension qu'elle n'avait pas jusque-là.

Sabellicus (9) raconte qu'un nouveau genre de maladie commença à se répandre par toute l'Italie vers la première descente des Français, c'est-à-dire en 1495 ; — et, pour ce motif probablement, on l'appela *mal français*. — Après divers tourments, le corps était infesté de pustules qui dégénéraient en ulcères malins, le défiguraient excessivement. Peu de gens en mouraient, eu égard au grand nombre de malades; mais beaucoup moins de malades en guérirent, et non-seulement l'Italie fut affligée de ce fléau, mais encore

(1) *Chronica der Sachsen und Niedersachsen*, t. II, 1496.

(2) *Essai d'une histoire de la Méd.*, trad. franç., Paris, 1810, t. II, p. 564.

(3) *Chronica Archicomit. Oldenburg.*, dans Meibomius, *Script. rerum German.*, t. II, p. 188.

(4) *Append. ad fascicul. tempor.*, dans Pistorius, *Script. rerum German.*, t. II, p. 106, 108, 110.

(5) Meyer-Ahrens, *Geschichtl. Notizen*, etc. Zurich, 1841, 222.

(6) D'après notre style, le 6 mars 1497. Comp. A. Chereau, *Un. méd.*, 3 sept. 1868.

(7) P. Pinctor, *Tract. de morbo fœdeo et occulto his temporibus affligente*, etc., dans *Aphrodisiacus* de Gruner, p. 85. — Comparez, sur l'apparition de la maladie à Rome : Steph. Infessura, *Diarium urbis Romæ*, dans Eccard, *Corpus histor. med.*, t. II, p. 2012 ; Delphini *Epistol.*, lib. XII, in-fol. ; Bucchardi *Diar. curiæ romanæ sub Alexandro VI*, dans Eccard, *loc. cit.*, t. II, p. 2017. Sarrazini observe que la peste (mot consacré) régnait à Ancône dans le courant de la même année 1494, *Notizie istor. del. cit. Ancona*. Rome, 1675, in-fol.

(8) Consultez l'intéressante *Dissertation sur l'origine de la maladie vénérienne*, par Sanchez. Paris, 1752.

(9) A. Coccius Sabellicus, *Rhapsod. Hist. ab orbe cond. Ennead.* X, lib. IX, Venetiis. in-fol., 1502. Paris, 1509. — Voy. encore Guichardin, livre II de son *Histoire;* J. de Boudigné, *Thèse agrégative des annales et chroniques de l'Anjou*. Paris, 1529, part. III, p. 1801.

l'Allemagne, la Dalmatie et toutes les contrées de la Macédoine et de la Grèce. Presque la vingtième partie des hommes éprouva les atteintes de ce mal.

Les médecins, d'accord avec les historiens, admettent également qu'une maladie nouvelle se répandit en Italie, ou même dans d'autres pays, à l'époque où les Français vinrent faire le siége de Naples (1). Les nombreux documents qu'ils ont laissés de cette grande épidémie ont servi à Fracastor pour tracer de ce mal une peinture fidèle, principalement calquée sur les descriptions de Grundbeck, Leoniceno (1497), Gaspard Torella (1500), Jacques Catanée (1505), J. Almenar (1510), et beaucoup d'autres contemporains. Le tableau qui nous vient de Fracastor mérite d'être rapporté ; il donne une connaissance exacte de la syphilis à cette époque. « Chez quelques-uns, dit ce médecin (2), le mal commençait sans contagion ; chez d'autres, et c'était le grand nombre, il était transmis par contagion. Toute espèce de contact ne suffisait pas pour lui donner naissance ; il fallait pour cela que deux corps se fussent échauffés ensemble, ce qui arrive notamment dans le coït. C'est aussi par le coït que la plupart furent infectés. Cependant bon nombre d'enfants contractaient la maladie en tetant leurs mères ou bien leurs nourrices infectées. Le mal ne se transmettait pas à distance : il ne se manifestait pas tout d'abord, mais quelquefois au bout d'un mois, ou de deux, ou même de quatre ; toutefois, certains signes annonçaient déjà que le mal existait en germe.

« Les malades étaient tristes, las et abattus ; ils avaient le visage pâle ; il venait à la plupart des chancres aux parties honteuses ; ulcères semblables à ceux qui ont coutume de se développer dans ces organes à la suite du coït, et qu'on appelle caries, mais d'une nature bien différente ; ils étaient opiniâtres. Quand on les avait guéris dans un endroit, ils paraissaient dans un autre, et c'était toujours à recommencer. Il s'élevait ensuite, sur la peau, des pustules avec croûtes ; elles commençaient dans les uns par attaquer la tête, et c'était le plus ordinaire ; dans les autres, elles paraissaient ailleurs. D'abord, elles étaient petites ; ensuite elles augmentaient peu à peu jusqu'à la grosseur d'une coque de gland dont elles avaient la figure, d'ailleurs assez semblables aux croûtes de lait des enfants. Dans quelques cas, ces pustules étaient petites et sèches. Chez d'autres, elles étaient grosses et humides ; chez les uns livides ; chez les autres blanchâtres et un peu pâles ; dans d'autres dures et rougeâtres. Elles s'ouvraient toujours au bout de quelques jours, et rendaient continuellement une quantité incroyable d'une liqueur puante et vilaine dès qu'elles étaient ouvertes ; c'étaient autant de vrais ulcères phagédéniques, qui consu-

(1) Voy. Joseph Grundbeck ou Grundpeck, *De pestilentio scorra sive mola de Frantzos;* Alexandre Benoît, de Vérone, attaché en qualité de médecin à l'armée vénitienne défaite à Fornoue ; Coradin Gilini, *Opusculum de morbo gallico;* Barthélemi Montagnana, le jeune, de Padoue (conseil médical à Pierre Zeno) ; Nicolas Leoniceno de Vicence, *De morbo gallico*, 1497 ; Gaspard Torella, *De dolore in pudendagra*, 1500 ; Antonio Benivenio, *De abditis rerum causis*. Florence, 1507 ; Wendelin Hock de Brackenaw, *De morbo gallico*, cap. I ; Jacq. Catanée, *De morbo gallico ;* Pierre Tropolinus, *Traité de la vérole ;* Jean de Vigo, *Pratique de chirurgie*, liv. V, ch. I, et beaucoup d'autres auteurs que mentionne Astruc, *loc. cit.*, p. 113 et 122.

(2) Fracastor, *De morbis contagiosis*, Venetiis, 1546, lib. II, cap. I.

maient, non-seulement les chairs, mais même les os. Ceux dont les parties supérieures étaient attaquées avaient des fluxions malignes qui rongeaient tantôt le palais, tantôt le gosier, tantôt la trachée-artère, tantôt les amygdales; quelques-uns perdaient les lèvres, d'autres le nez, d'autres toutes les parties honteuses; il venait à un grand nombre, dans les membres, des tumeurs gommeuses qui les défiguraient et qui étaient souvent de la grosseur d'un œuf ou d'un petit pain; quand elles s'ouvraient, il en sortait une liqueur blanche et mucilagineuse. Elles attaquaient principalement les bras et les jambes; quelquefois elles demeuraient calleuses jusqu'à la mort.

» Mais, comme si cela n'eût pas suffi, il survenait encore dans les membres de grandes douleurs, souvent en même temps que les pustules, quelquefois plus tôt, et d'autres fois plus tard. Ces douleurs, qui étaient longues et insupportables, se faisaient sentir principalement dans la nuit, et n'occupaient pas proprement les articulations, mais le corps des membres et les nerfs; quelques-uns néanmoins avaient des pustules sans douleurs, d'autres des douleurs sans pustules; la plupart avaient des pustules et des douleurs. Cependant tous les membres étaient dans un état de langueur; les malades étaient maigres et défaits, sans appétit, ne dormaient point, étaient toujours tristes et de mauvaise humeur, et voulaient toujours demeurer couchés. Le visage et les jambes leur enflaient; une petite fièvre se mettait quelquefois de la partie, mais rarement. Quelques-uns souffraient des douleurs de tête, mais des douleurs longues et qui ne cédaient à aucun remède. Si l'on tirait du sang, on le trouvait pur et un peu muqueux; l'urine était épaisse et rouge; à ce seul signe survenu en l'absence de la fièvre, on pouvait reconnaître la maladie; les selles étaient liquides, muqueuses et sèches.

» Tels étaient les symptômes de la maladie à son origine; mais je parle d'autrefois, car aujourd'hui, quoique la maladie soit encore en règne, elle paraît néanmoins différer de ce qu'elle était alors. On voit, depuis environ vingt ans, moins de pustules et plus de tumeurs gommeuses, tout au contraire des premières années. Les pustules, lorsqu'il en paraît, sont plus sèches, et les douleurs, lorsqu'il en survient, plus cruelles. Depuis environ six ans, la maladie a encore notablement changé; on ne voit maintenant de pustules que chez très-peu de malades; presque point de douleurs, ou des douleurs bien plus légères, mais beaucoup de tumeurs gommeuses.

» Une chose qui a étonné tout le monde, c'est la chute des cheveux et des autres poils du corps, cela donne un air ridicule; les uns n'ont point de barbe, les autres point de sourcils, les autres ont la tête chauve : d'abord, on attribuait cet accident aux remèdes, surtout au mercure, même quand on a été mieux instruit; il arrive maintenant encore pis; les dents branlent à plusieurs et tombent même à quelques-uns. »

Tel est, avec des couleurs un peu sombres peut-être, le tableau que nous a laissé Fracastor de cette fameuse épidémie, qui déjà, à l'époque où écrivait cet auteur, avait beaucoup perdu de son intensité. Comme Fracastor, Guichardin et Ulrich de Hutten s'accordent à reconnaître l'adoucissement de la maladie vénérienne; il semblerait même, d'après leur rapport, que cette maladie ne conserva pas son caractère pestilentiel au delà de sept ans.

La plupart des syphiligraphes du XVIe siècle sont d'ailleurs unanimes

pour constater la période de décroissance de la syphilis. Vidus Vidius (1), Ant. Musa Brassavole (2), François Lopez de Gomora (3), G. Fallope (4), Bernardin Tomitano (5), Levinus Lemnius (6), Alex. Trajan Petronio (7), Mercurial (8), Laurent Joubert (9), Jean Varandé (10), André Césalpin (11), Épiphane Ferdinand (12), Alexandre Déodat (13), J.-S. Velschius (14), J. Winell (15), Thomas Sydenham (16), Jean Deveaux (17), portent ce témoignage que vers le milieu ou tout au moins vers la fin du XVIe siècle, la forme épidémique de la syphilis avait disparu, et cela principalement dans les lieux de sa plus grande intensité.

Nous connaissons maintenant les diverses phases de la grande épidémie du XVe siècle, telles que les ont racontées les contemporains. Que cette épidémie soit de nature syphilitique, le fait ne paraît pas contestable ; certains auteurs pourtant ont voulu y voir des affections diversement combinées, d'autres lui ont refusé une origine spécifique et ont pensé qu'il s'agissait d'une maladie toute différente, le typhus (Cazenave), la morve, le farcin (Ricord, Bean, etc.).

Il n'entre pas dans notre plan d'examiner ces diverses opinions, le meilleur moyen de les réduire à néant est de prouver que l'épidémie du XVe siècle n'est pas unique dans son genre, et que depuis cette époque on a pu observer plusieurs endémo-épidémies évidemment syphilitiques, ou du moins très-analogues à cette épidémie.

L'étude comparative de ces endémo-épidémies, qui, sous tous les rapports, font partie du domaine historique de la syphilis, se place donc ici naturellement. Leur rapprochement permettra de mieux saisir leurs ressemblances. La description topographique qui viendra ensuite, en montrant que, même à notre époque, lorsqu'elle se développe dans certaines conditions, la syphilis revêt un cachet de malignité tout particulier, mettra beaucoup mieux en évidence la similitude des caractères entre l'épidémie du XVe siècle, celles qui l'ont suivie et certains cas de syphilis observés de nos jours.

(1) *Curation des maladies en général*, sect. II, liv. III. Florence, 1594 ; Francfort, 1596, in-fol.

(2) *Tractatus de usu radicis chinæ*, etc., in Aloysi Luisini *De morbo gall.* etc. Venise, 1566, 1567.

(3) *Histoire générale des Indes*, 1553.

(4) *De morbo gallico tractatus*. Padoue, 1584, in-4° ; Venise, 1585, in-8°.

(5) *De morbo gallico*, liv. II, p. 2.

(6) *De occultis naturæ miraculis libri duo*, lib. II, cap. IV. Anvers, 1559, in-12 ; trad. franç., Paris, 1567, in-8°.

(7) *Traité de la vérole*, liv. II, chap. XXII.

(8) *Traité de la vérole*, chap. II, citation de Astruc, p. 357.

(9) *De vairola magna sive crassa*, cap. III, et *Erreurs populaires*, etc. Bordeaux, 1570, in-8°.

(10) *Tractatus de lue venerea et hepatide*. Genève, 1620, in-8° ; Lyon, 1658, in-fol.

(11) *Praxis universæ artis medicæ*. Trévise, 1606, in-8°.

(12) *Centum historiæ seu observ. et casus medici* (obs. 17). Venetiis, 1621, in-fol.

(13) *Valetudinarium*. Leyde, 1660.

(14) *Recueil de curations et d'observations médicales*, obs. 175 ; cité par Astruc.

(15) *Traité de la vérole*, cité par Astruc.

(16) *Epist. secunda responsor. de lue venerea*. Londres, 1680, in-8°.

(17) Notes ajoutées à la traduction française du traité latin de Charles Musitan, *Sur le mal vénérien*, chap. IV, liv. I. Trévoux, 1711.

CHAPITRE IV

ENDÉMO-ÉPIDÉMIES SYPHILITIQUES POSTÉRIEURES A CELLE DU XVe SIÈCLE.

Dépossédée de son caractère épidémique dès avant le milieu du XVIe siècle, la syphilis, répandue sur une grande partie de la surface du globe, continue de régner avec une intensité médiocre et sous une forme simple et bénigne. Dans certaines circonstances, cependant, on la voit tout à coup s'étendre à un grand nombre de personnes et prendre une plus grande acuité. C'est ainsi qu'elle apparaît en 1578, à Brünn, en Moravie, dans une localité où les paysans sont très-adonnés à la bonne chère et à l'eau-de-vie.

§ 1. — Maladie de Brünn.

Bibliographie. — Thomas Jordan, *Brunno Gallici seu Luis novæ in Moravia exortæ descriptio.* Francfort, 1578, 1580. — Sporischius, *Idea Medici*, etc. Francfort, 1582. — Crato, in Scholz *Epistol.*, Hanovre, 1610, p. 242. — Ozanam, *Hist. méd. des épidémies*, t. V, p. 277. Paris et Lyon, 1823. — Jeitteles, *Pray. Vierteljahrsschrift*, LXXIX, p. 49.

Cette épidémie, sans être meurtrière, avait les symptômes les plus alarmants. En moins de deux à trois mois, 180 personnes subirent ses atteintes dans la ville ou les faubourgs, et un grand nombre de gens de la campagne furent également affectés. La cause en fut attribuée aux eaux des bains, les habitants ayant l'habitude un certain jour de se baigner et de se faire appliquer des ventouses scarifiées, et l'on crut qu'elle avait commencé le jour de Sainte-Luce, fête célébrée avec pompe dans la ville. On remarqua que ceux qui ce jour-là avaient pris des bains et s'étaient fait appliquer des ventouses l'avaient contractée. Cependant elle ne se développa que huit ou quinze jours et même un mois après cette époque. Le sénat fit fermer le local des bains, et la maladie, s'étant atténuée durant l'hiver, disparut vers l'équinoxe du printemps.

Après quelque temps d'une lassitude inaccoutumée, survenaient une inflammation et des ulcères sanieux sur les parties mêmes où avait eu lieu l'application des ventouses. Ce qu'il y avait de singulier, c'est que, malgré le grand nombre de ventouses appliquées, une ou deux seulement devenaient le siége d'ulcérations. Le corps tout entier chez quelques-uns se couvrait ensuite de pustules qui rendaient le visage difforme et horrible. Dans le progrès de la maladie survenaient à la tête des callosités qui, en s'ouvrant, rendaient une humeur visqueuse comme la térébenthine. Alors se faisaient sentir des douleurs très-aiguës aux bras, aux épaules, aux membres inférieurs et surtout aux tibias, là où ces os ne sont recouverts que par le périoste. Les douleurs s'exaspéraient la nuit et diminuaient le matin. Puis, il y avait prostration des forces, stupidité et même aberration mentale. Une humeur fétide distillait des narines, l'appétit se perdait, et les malades recherchaient la solitude. Les

amers, la décoction de gaïac, le turbith minéral, furent les principaux médicaments employés ; on pansa les ulcères avec l'onguent mercuriel.

Il faut rapprocher de la maladie de Brüm l'épidémie qui survint au commencement du XVIe siècle, à Nuremberg (Franconie), par l'usage des saignées et des ventouses dans les établissements de bains (1), et celle qui en 1592 sévit à Zurich (2), sous l'influence de causes moins connues.

§ 2. — Pian, Yaws, Framboesia.

BIBLIOGRAPHIE.—HANS SLOANE, *Voyage aux îles de Madère, la Barbade, Saint-Christophe, la Jamaïque*, etc. Londres, 1705, 1725. — BONTIUS, *Medicina Indorum*, cap. XIX, Lugduni Batavorum, 1718, 94.—LABAT, *Nouveau voyage en Amérique*, 1722, 6 vol. in-12, 10, 358. — WINTERBOTTOM, *Account of the nat. Africans of Sierra Leone*, vol. II, ch. VIII, 1752. — John HUME, *A description of the African distemper called the yaws*, etc. Med. Essays and Obs. by a Society in Edinburgh, vol. V, part. II, p. 787, 1742. — DAZILLE, *Observations sur les maladies des nègres*, 1 vol. in-8°. Paris, 1742. — ALLAMAND, dans Nov. act. natur. curios. Academ. Leopold., IV, 88, 1742.—HILLARY, *Observations on the changes of the air and the concomitant epidemical diseases in the island of Barbadoes*. Londres, 1759, in-8°. — DESPORTES, *Histoire des maladies de Saint-Domingue*, Paris, 1770, II, 61, 65. — BANCROFT, *An essay on the nat. hist. of Guiana*, in-8°, Londres, 1768. — SCHILLING, *Diatribe de morbo yaws dicto*. Utrecht, 1770, in Schlegel Thesauro, II. part. I, 217. — BOYLE, *Account of the west coast of Africa*, 387, 1773. — Jacq. BRUCE, *Travels to the source of the Nile*, III, 36. 1773. Traduct. franç. par CASTERA, 1790, 5 vol. in-4°. — ARTHAUD, *Traité des pians au Cap-Français*, in-4°, 1776. — BAJON, *Mémoire pour servir à l'histoire de Cayenne et de la Guyane*. Paris, 1777, 1778. — PEYRILHE, *Précis théor. et pratique sur le pian et la maladie d'Amboine*. Paris, 1783. — SWEDIAUR, *Practic. observ. on venereal complaints*. Edinb., 1788, p. 248. — LUDFORD, *Dissert. de Framboesia*. Edinburgh, 1791.—NISSAEUS, *Spec. de nonnull. in colon. Surinam. observ. morbis*. Harderov, 1791.—J. HUNTER, *Observations on the Diseases of the army in Jamaica*, London, 1788, trad. allemande, Leipzig, 1792, 229, — ROBSCHED, *Med. und chirurg. Bemerkung. über Rio Essequebo*. Francfort, 1796, 226. — SPRENGEL (K.), *Beiträge zur Geschichte der Arzeneikunde*, Halle, 1796, vol. I, fasc. III. Cet auteur s'attache à séparer le yaws du pian. — KUNSEMULLER, *Spec. de morbo yaws*, etc. Halle, 1797. — CAMPER, *Traité pratique des maladies des pays chauds*, 1802. — SAVARESY, *De la fièvre jaune, etc.*, Naples, 1809, 92. — CARNEIRO, dans Rivist. med. Ilumin., 1835, n° 3, et 1836. n° 23.—MASON, dans Edinburgh med. and surg. Journal, XXXV, 52, 1831.—RANKINE, *Ibid.*, XXVII, 283. — MAXWELL, *Observations on yaws*, etc. Edinburg, 1839. — ROULIN, *Origine des noms vulgaires du pian*. Gaz. méd. de Paris, 1839, p. 475. — LEVACHER, *Guide méd. des Antilles, etc.*, 2e édition, Paris, 1840, 278. — J. THOMSON, *Observat. and Experim. on the nature of the morbid poison called yaws*, etc., dans Edinburgh med. and surg. Journ., 1819, t. XV, 321, et 1822, t. XVIII, 32. — WAITZ, *On diseases incident to children in hot climates*. Bonn., 1843, 282.—FOX, dans *Wilke's Narrative of the U. S. explor. Exped.* Philad. 1845, III, 316.—FERRIER, dans Répertoire général d'Anatomie et de Physiologie pathologique, IV, 170, 18. — BAUDOIN, Gazette médicale de Paris, 1845. — FURNARI, *Voyage médical dans l'Afrique méridionale*. Paris, 1845. — BRYSON, *Report on the climate and diseases of the African station*, Londres, 1847, p. 260. — PRUNER, *Die Krankheiten des Orients*, Erlangen, 1847, II, p. 96. — RENDU, *Étude topographique et médicale sur le Brésil*. Paris, 1848. — HEYMANN, *Darstellung der Krankheiten in den Tropenländern*, p. 219. — LEMPRIÈRE, dans Pinkerton Collect. of voyag., XV, 689.—LÖFFLER, dans Beiträge zur Arzneiwis-

(1) Lammert, *Epidemie der Syphilis, in Franken, in Folge von Operationen der Bader*. Archiv für path. Anat. und Physiol, t. 24, p. 297.

(2) Meyer-Ahrens, *Geschichtl. Notizen*, etc. 120. Zurich, 1841.

senschaft, etc., 1761.— Nielen, *Verhandel. der Weestensch. te Haarlem*, XIX, 135. — Oviedo, *Hist. gener. y natural de las Indias*, lib. I, cap. 13, 14. Tolède, 1535. — Pavlet, dans Arch. génér. de méd., août 1848, p. 385. — Ritchie, dans Monthly Journ. of med., mai 1852. — Guyon, Recueil de mém. de méd. militaire, XXIX, 159, et Gaz. médicale de Paris, 446, 1853. — Dumontier, dans Nederlandsch. Lancet, septembre 1855. — Gomez, dans Mémoires de l'Académie des Sciences de Lisbonne, IV, 1. — Rochoux, dans Journal de Physiologie, n° 4. — J. F. Sigaud, *Du climat et des maladies du Brésil*, 117-375. Paris, 1844 ; et Ann. des malad. de la peau, t. II, p. 83. Paris, 1846.

Les noms de yaws, pian, framboesia servent à désigner, dans des contrées différentes, une maladie dont l'unité, malgré quelques opinions divergentes, est aujourd'hui généralement reconnue, et qui, de même que l'épidémie du xve siècle, paraît rentrer dans le domaine de la syphilis. Signalée dès le xe siècle par les médecins arabes, dont elle reçut le nom de *Sahafati* (1), cette maladie, qui sévit principalement sur la race nègre, n'a été réellement l'objet d'une étude sérieuse que depuis les observations de Pison (2).

Elle se rencontre depuis la rive gauche du Sénégal jusqu'au cap Negro, dans la Sénégambie, le Congo, la Sierra-Leone, la Nigritie, et dans la plupart des colonies où l'on transporte les nègres, surtout au sud des États de l'Union, dans les Antilles, à Cuba, au Mexique et dans toute l'Amérique méridionale. On l'observe sur les Indiens de l'Amérique du Sud et des Antilles, plus rarement chez les mulâtres, les créoles et les peuples colorés du nord et de l'est de l'Amérique, moins fréquemment encore chez les blancs.

Le yaws débute par un état de langueur et de faiblesse, par des douleurs dans les articulations, de la fièvre parfois, surtout chez les enfants ; le pian s'annonce en général par les mêmes symptômes. Apparaissent ensuite aux diverses régions du corps, dans le pian, de petits boutons rouges, dans le yaws, des papules et des pustules qui bientôt se couvrent de croûtes irrégulières, au-dessous desquelles existent des ulcères plus ou moins étendus. Ces ulcères, qui coexistent avec des tubercules volumineux et qui ont valu à la maladie le nom de *yaws*, sont quelquefois élevés, saignant au moindre attouchement, et suivis d'une cicatrice. A la suite du pian, on observe, entre autre lésions, le *mal des os* caractérisé par des douleurs ostéocopes ambulantes, par des exostoses, etc.

Ces différents symptômes, et beaucoup d'autres qu'il serait trop long de mentionner, ne manquent pas d'analogie avec ceux de la syphilis ; mais ce qui prouve surtout l'identité de nature de ces états morbides et la nécessité de leur fusion, c'est leur mode de propagation.

Comme la syphilis, le pian est contagieux. Plusieurs enfants nègres ayant été transportés d'un lieu élevé dans une plantation de sucre où ils furent confondus avec d'autres enfants dont ils partageaient les repas, trois d'entre eux furent pris, sept semaines plus tard, de fièvre, de malaise et d'une éruption généralisée, les autres tombèrent malades au bout de dix semaines, et tous furent rétablis à la fin du huitième mois (Thomson).

(1) Théodoric, lib. VIII, cap. xviii, 57. Venetiis, 1492.—Hirsch, *Hist.-geogr. Path.*, p. 384.
(2) Pison, *De medicina Brasiliensi*, lib. II, cap. xix, 1648, in-fol.

« J'ai renfermé, dit Paulet, dans un lieu que personne n'approchait, douze enfants nés de parents malades ; leurs nourrices n'avaient point de pian, leur santé était remarquablement belle, et cependant à trois, à quatre, à sept mois, ces enfants ont eu le pian, et quelque temps après, dans l'espace de deux à six mois, les nourrices ont aussi été affectées. » Ce fait prouve non-seulement la contagion, mais encore l'hérédité du pian. « Trente nègres adultes m'ont offert, ajoute le même auteur, une belle éruption, vingt-cinq à cinquante jours après avoir eu des rapports avec des négresses que j'avais visitées, et sur lesquelles j'avais constaté des tubercules au ventre, à la poitrine et à la partie interne des cuisses. »

Le pian, de plus, est transmissible par inoculation, ainsi que l'ont prouvé les expériences de Thomson et de Paulet. Un enfant fut inoculé par cinq piqûres avec la matière tirée de pustules dont on avait enlevé les croûtes. Trois de ces piqûres guérirent ; les deux autres, après avoir eu, pendant trois semaines, l'apparence de légères écorchures, se changèrent en petits ulcères qui devinrent bientôt sordides et inégaux. Sept semaines après l'insertion, il se développa de nombreuses pustules sur le front, puis sur le reste du corps, et la maladie dura en tout neuf mois. Une jeune négresse qui avait été inoculée de la variole fournit la matière qui servit à l'inoculation d'un autre enfant. A peine l'insertion était-elle faite que la jeune fille accusa qu'elle était affectée de yaws...; le sujet inoculé eut une variole bénigne ; mais au bout de deux mois, le yaws se déclara et suivit sa marche ordinaire. Cependant le sang inoculé dans deux cas ne produisit aucun accident (Thomson).

Paulet pratiqua à la partie interne de la cuisse de quatre sujets sains, avec une lancette trempée dans du fluide pianique, plusieurs piqûres, qui ne donnèrent naissance à aucun symptôme dans le lieu où l'instrument avait agi : mais douze à vingt jours après, il s'était opéré sur le front, le menton, les bras, le ventre, une éruption caractéristique. Dans six autres essais, l'éruption commença à l'endroit piqué, et se développa comme dans les cas précédents. Le même observateur fit, deux jours de suite, des frictions sur la partie interne du bras de trois jeunes gens de dix-sept ans, en parfaite santé, avec un plumasseau imbibé de fluide, et au vingtième jour la transmission devint manifeste. Hunter, dans son Traité des maladies vénériennes, relate le fait d'une inoculation accidentelle opérée sur un médecin. Ainsi, le pian se transmet par l'inoculation directe, par l'application de la matière pianique sur une portion excoriée de la peau ; il se transmet, en outre, par le rapprochement sexuel, par l'allaitement, au moyen des ustensiles de ménage, sans doute encore par d'autres voies (inoculation de la variole). C'est une maladie héréditaire qui se développe chez les enfants à trois, quatre ou sept mois. L'opinion généralement répandue est qu'on ne la contracte qu'une seule fois (Nielen, Peyrilhe, Rankine, Levacher, Hillary, Hunter, Savaresy, Paulet, Bajon, Segond, Dumontier, Thomson). A tous ces points de vue, par conséquent, le pian ne diffère pas de la syphilis ; mais le traitement vient encore aider au rapprochement de ces maladies, puisque les agents thérapeutiques qui réussissent dans la dernière sont aussi ceux qui conviennent le mieux pour combattre la première.

§ 3. — Sibbens d'Écosse.

Bibliographie. — B. Bell, *Traité des maladies vénériennes*; trad. de Bosquillon. Paris, 1802. — Blair, Miscell. Observat., in *The pract of physic*, etc. London, 1718. — Craigie. *Elements of the pract. of phys.* Edinburgh, 1836, t. 681. — Faye, dans Norsk. Mag. for Lægevidensk., I, 2. — Freer, *Diss. de syphilide venerea*. Edinburgh, 1767. — Gilchrist, dans Physical and literary essays. Edinburgh, III, 1771, 177. — Hill, *Cases of surgery*. Edinb., 1772, — Skene, dans Monthly Journ. ,1844, juin, 615. — Wallace, dans *Behrend Syphilidologie*, 31, 475. — Wills, *ibid.*, avril, 282. — Ozanam, *Traité des épidemies*, t. V, p. 311, 1823. — Swediaur, *Traité des maladies vénériennes*, traduct. franç. Paris, 1801, p. 379.

Le sibbens ou siwens, maladie particulière à la région occidentale de l'Écosse, et principalement aux comtés de Galloway et Dumfries, Wigton, Ayr, etc., a commencé à être observé vers la fin du XVIIe siècle (1694), époque à laquelle, selon quelques auteurs, il aurait été apporté par des soldats de Cromwell. C'est une affection héréditaire et contagieuse, qui se communique par l'usage des vases, des serviettes, par l'allaitement, par le coucher avec un malade, et par le coït (Wills, Swediaur). Elle se manifeste par des bubons, des nodus, des ulcères, occupant de préférence la gorge, la bouche, les parties génitales et anales, par des altérations des os qui guérissent par le mercure. Mais ce qui caractérise surtout cette maladie et la rapproche de la syphilis du XVe siècle et des pians ou yaws, ce sont des excroissances spongieuses ou fongueuses qui viennent à la peau, partout où il y a la moindre tache, écorchure ou ulcère. De la ressemblance de ces excroissances avec le fruit du framboisier sauvage du pays, nommé dans la langue celtique *swin*, provient la dénomination de *swinn*, *sibbens* ou *siwens*, qui a été donnée à cette maladie, aujourd'hui en voie de décroissance, si elle n'a complétement disparu.

§ 4. — Radesyge de Suède et de Norvége.

Bibliographie. — Arbo, *Afhandl. om Radesygen*. Kjöbenh. 1792. — Mangor, *Unterret. om Radesygens kjendetegn*. Kjöb., 1793. — Ces deux ouvrages ont été traduits en allemand par Hensler. Altona,, 1797. — Mülertz, *Bidrag till Oplisning om Radesygens Natur og Laegemaade*. Kopenhage, 1799. — Moller dans Tode's Journal, V, 1. — Munk, *ibid.* — Bœcker, dans Edinb. med. and surg. Journ. V, 420. — *Sammendrag af Berättelser..... om veneriska Sjukdomen*. Stockholm, 1813. — Cederschjold, *Inledn. till en narmare Kannedl*, etc. Stockholm, 1814 — Charlton, dans Edinb. med. and surg. Journ., XLVIII, 101. — Pfefferkorn, *Ueber die norw. Radesig. und Spedalskhed*. Altona, 1797. — Ahlander, *Dissertatio de morbo cutaneo, luem veneream consecutivam simulante*. Upsala, 1806. — Holst, *Morbus quem Radesyge vocant*, etc. Christiania. 1817, et dans Hufeland Journ., XLIX, Heft 4, 96. — Voigt, *Dissertatio sist. obs. in exanthem. aretieum, vulgo Radesyge dictum*. Gryswalde, 1811. — Osbeck, *Exposé de la méthode pour guérir les maladies vénériennes dégénérées*. Stockholm, 1811. — Gedike, *Diss. de morbo quem Radesyge vocant*. Berolini, 1819. — Graefe, in Ejd. Journ., XXIX, 480. — Hedlund, dans Svensk. Läk. Sallsk. Handl., V, 176. — Hjaltelin, *Diss. de Radesyge*. Kiel, 1839. — Hjort, in Eyr, vol. II, p. 209, und Norsk. Mag. I, 1, et XV, 227. — Hunefeld, *Die Radesyge*, etc. Leipzig, 1828. — Huss, *Om Sverg, end. Sjukd.*, Stockholm, 1852, 10, 33, 43. — Danielsen et Beck, *Traité de la spedalsked*. Paris, 1848. — Kierrulf, in Hygiea. XII, 173. — Frœbelius,

dans Petersb. med. Zeitschr., II, 1862. — Bœck, dans Norsk. Magaz. for Lægevidensk. II, Raek. VI, 203, et Deutsche Klinik, 1853. — Le même, *Traité de la Radesyge*. Paris et Christiania, 1860. — Hebra, dans Wien. medic. Wochenschrift, 1852, n° 48, et Zeitschrift d. Wien. Aerzte, 1853, 60.

La radesyge de Suède et de Norvége, maladie qui est dans les États scandinaves ce que le sibbens est en Écosse, a été, dans ces derniers temps, l'objet d'une étude approfondie de la part de Hjort, en Norvége, et de Kjerrulf et Magnus Huss en Suède. Plus récemment, le professeur Bœck, de Christiania, a publié, sur cette question, un traité remarquable par l'abondance des documents, dans lequel, après s'être prononcé contre l'opinion des médecins qui professaient l'identité de la syphilis et de la radesyge, il a fini par avouer que ces deux maladies n'étaient pas différentes.

En 1758, Honoratius Bonnevie ayant reçu l'ordre de se rendre à Egersund et à Stavanger, pour observer une maladie nouvelle qui régnait dans ces villes, apprit que cette maladie y était tout à fait inconnue avant 1710, époque où un vaisseau russe vint hiverner près de Stavanger. Des femmes norwégiennes allaient quelquefois à bord rendre visite aux Russes ; elles en revinrent avec des ulcérations aux parties génitales qui les empêchaient de marcher. En même temps, la gorge et d'autres parties furent affectées. Les paysans, témoins de cette maladie, l'appelèrent *radezyge*, ce qui signifie, en norvégien, mal immonde.

Cette maladie prit de l'extension de 1750 à 1760, mais son grand développement ne date que de la fin du siècle dernier, époque où, selon Mangor, on la rencontrait sur tous les points de la Norvége, principalement sur les côtes et surtout à Bergen et à Christiania. Contrairement au docteur Cron, qui déclarait la maladie d'origine vénérienne, Mangor l'identifiait à la spedalskhed ; mais dans les faits que rapporte cet observateur, on reconnaît facilement la syphilis. A cette époque d'ailleurs, le mercure constitue déjà la base du traitement. Steffens, appelé à étudier et à traiter la maladie sur place, y reconnaît deux genres d'affections : l'un qui est la spedalskhed, l'autre la radesyge proprement dite. Dans la radesyge, le malade a des ulcères à la gorge, chez beaucoup d'individus la luette a disparu, chez d'autres il existe des excroissances charnues à l'anus et aux parties génitales ; on observe ordinairement, sur différentes parties du corps, des glandes indurées ; de grandes douleurs se font sentir dans les membres ; les os du nez sont cariés. Hans Munk émet une opinion assez semblable, il pense que la radesyge comprend : 1° la syphilis insontium ou sibbens ; 2° la spedalskhed et toutes les plaies malignes.

Le professeur Sorrensen (1), qui ne considère pas la radesyge comme de nature syphilitique, donne néanmoins de cette maladie un résumé où la syphilis est mise en évidence, comme il est facile de s'en apercevoir. Les caractères du premier stade sont. « Maux de tête, douleurs dans les membres, surtout pendant la nuit ; éruptions herpétiques au front, à la poitrine, sur les épaules, sur les bras ; inflammation légère de la gorge. Dans un second stade, l'exanthème herpétique prend plus d'étendue et se trouve entouré d'un bord foncé. Il se montre, sur le visage, des plaies d'abord superficielles

(1) Voyez Bœck, *Traité de la Radesyge*. Paris, 1860.

qui, peu à peu, se développent en profondeur ; il vient des tubercules sous-cutanés qui passent à l'état d'inflammation et de suppuration. Dans un troisième stade, l'inflammation de la gorge augmente ; il y a exulcération de la luette et des amygdales ; les plaies rougent et détruisent les parties mentionnées jusqu'au pharynx ; des plaies analogues se développent dans la région palatine ; les os du palais sont attaqués et détruits. Aux extrémités il survient des plaies entourées d'un rouge foncé, parfois recouvertes d'une croûte épaisse et sèche. — Aux parties génitales, à l'anus et au périnée, il se présente des condylomes et des excroissances qui s'étendent jusqu'aux cuisses. — La maladie s'attaque à la cloison du nez, qui s'ulcère et se perfore ; le système osseux est atteint de carie, surtout sur les os du nez, sur les os longs et sur l'os frontal ; il se produit des tophus et des exostoses qui se changent bientôt en carie. La cause première de la maladie est inconnue ; on sait seulement qu'il se développe un contagium qui se communique par la salive, la sueur et l'ichor, au moyen de couteaux, de cuillers et d'habits, ainsi que par le contact. Le mercure est le premier et le plus important de tous les remèdes. »

En Suède, la radesyge s'observe principalement dans quelques villes de la Gothie, Fönköping, Kronoberg, Blekinge, Gotheborg, etc. Dans le fief de Calmar, où la maladie a régné, on croyait qu'elle avait été apportée du temps de Charles XII, par des soldats revenant de Norvége, et qu'elle s'était ensuite répandue par des marins et une fileuse de Stockholm. — Dans la Gothie orientale, elle semble avoir été importée par des soldats, après la guerre de Poméranie, en 1762. Dans le Norrtelge, elle aurait été introduite de la même manière, en 1790, après la guerre de Finlande.

Cette maladie, qui a disparu en partie aujourd'hui des contrées sus-nommées, règne encore sur la côte opposée de la mer Baltique, où elle est connue sous des dénominations diverses suivant les localités.

Syphiloïdes du Jutland, de l'Esthonie, de la Courlande et de la Lithuanie. Maladie de Ditmarsch. — Van Deurs (1) a décrit sous le nom de *siphiloïde jutlandaise* une maladie qu'il compare à la radesyge de Suède. De même que Lillie, qui en 1777 avait été envoyé au Jutland pour examiner cette maladie, cet auteur, vu la rareté de la gonorrhée chez les malades qu'il a observés, pense que la maladie en question se distingue de la vraie syphilis, et il en fait une espèce à part, la syphilis des innocents (*syphilis insontium*), pour cette seule raison qu'elle se transmet principalement par les cuillers, les vases, les habits et les literies dont on se sert en commun. Hassing (2), ne voit pas de différence entre la syphiloïde jutlandaise et la vraie syphilis ; il fait remarquer combien il est difficile de découvrir la vraie cause de la maladie, qu'on est naturellement porté à attribuer à toute autre circonstance que le coït : pour lui, la transmission des accidents secondaires n'est pas douteuse, et il croit qu'elle a particulièrement lieu par le moyen des tubercules muqueux.

(1) Van Deurs, dans *Journ. for Med. og Chirurg.* (*Journal de Médecine et de Chirurgie*), juin 1835. — Comparez : Ditzel, dans *Biblioth. for Læger* (Bibliothèque pour les médecins), 1845, II, 270. Otto, in *Rust Magazin*, LIV, 203. Uldall, dans *Biblioth. for Læger*, 1842, I, 337.

(2) Hassing, dans *Ugeskrift for Læger*, 24 août 1844.

En Esthonie, province russe située au nord de la Livonie, sur les bords du golfe de Finlande, on retrouve aussi une maladie analogue aux précédentes. Erdmann l'a rattachée à la radesyge, et Seidlitz la regarde comme syphilitique (1). Cette maladie se rencontre aussi sur toute la côte, en Courlande (syphiloïde courlandaise) (2) et en Lithuanie (syphiloïde lithuanienne) (3). De ces deux dernières maladies, la première s'est développée après la guerre de Sept ans, en 1757, la seconde dans l'année 1800. Les troupes russes paraissent avoir contribué à leur genèse, ou du moins à leur propagation.

Dans le Holstein, s'observe également une endémie connue sous la dénomination de *morbus venereus ditmarsiensis* (4). Cette maladie, qui, au rapport de Hübener, se serait montrée dès l'année 1762, aurait été importée, suivant les médecins du pays, par des Norvégiens qui, en 1785-87, travaillaient à l'endiguement des terres voisines du bourg de Marne.

§ 5. — Bouton d'Amboine. — Maladie de Sainte-Euphémie. — Pian de Nérac.

Bouton d'Amboine. — Bontius (5) décrit sous ce nom, en 1718, une maladie endémique à l'île d'Amboine. « Il s'est répandu, dit-il, à Amboine et dans les îles Moluques, une maladie endémique qui, par ses symptômes, tophus, ulcères à bords calleux et relevés, douleurs et caries des os, est semblable à la maladie vénérienne. Il y a cependant cette différence que le mal en question peut naître et se transmettre en dehors de tout rapport sexuel. » Ce motif allégué par Bontius pour séparer cette maladie de la syphilis est aujourd'hui sans valeur, et par conséquent le bouton d'Amboine rentre aussi dans le domaine de la syphilis, d'autant mieux que le mercure est encore ici le meilleur agent thérapeutique (6).

Mal de Sainte-Euphémie, herpès syphilitique. — Jean Bayer (7) a décrit sous ce nom une endémie qu'il observa au mois de mars 1727 et qui se développa dans les conditions que voici : Une sage-femme de Sainte-Euphémie fut atta-

(1) Voyez Bœck, *loc. cit.*, p. 25, et Rollet, *Recherches sur la syphilis*. Lyon, 1862, p. 167.

(2) Tiling, *Ueber Syphilis und Syphiloïd*. Mitau, 1833. — Bolschwing, *Ueber Syphilis und Aussatz*. Dorpat, 1839.

(3) Albers, dans *Preuss. med. Vers. Zeitung*, 1836, nos 22, 23. — Metzger, *Vermischte med. Schriften.*, Kœnigsberg, 1782, I, 81. — Schnurr, dans *Preuss. med. Vrs. Zeitung*, 1837, nos 50, 51; 1839, nos 17, 18; 1841, nos 2, 3. — Theden, *Erfahrungen aus der Wundarzneikunst*, etc., Berlin, 1783, III, 9.

(4) Brandis, *De morbo in Holsatiæ nonnulla regione grassante contagioso ex genere lepræ observationes*. Hall. Allg. Litt. Zeitung, 1811. In Bibl. for Læger, 1813, I. — Dührssen, dans Pfaff. Mittheil. Jahrgang I, Heft 3 und 4, p. 1, 1833. — Franeke, *Morbus Dithmarsensis, Diss.* Kilona, 1838. — Helwig, in Actis reg. Soc. med. Haven, VI, 267. — Hübener, *De morbi Dithmarsici natura ac indole*. Kinola, 1821, et *Erkenntniss und Cur der sogenannt. Ditmars. Krankh.* Altona, 1835. — Michaelsen, dans Hamburg. Zeitschr. für Med. XXI, 433. — Spiering, dans Hufeland Journ LIII, Heft 1, 64. — Struve, *Ueber die aussatzartige Krankheit Holsteins*, etc. Altona, 1820, dans Rust Magazin, VIII, 337.

(5) Bontius, *Medicina Indorum*. Leyde, 1718.

(6) Nous croyons aujourd'hui qu'il y a lieu de faire quelques réserves sur la nature syphilitique de cette affection, qui pourrait peut-être, comme le pied de Madura, être parasitaire.

(7) *Acta nat. cur.*, t. III, p. 4, et Ozanam, *Traité des épidémies*, 1823.

quée au doigt index de la main droite d'une pustule qui lui causait un prurit insupportable. Bientôt le bras se tuméfia et le corps se couvrit d'une dartre universelle. La pustule subsista au doigt pendant quatre mois, et cette femme, continuant à exercer sa profession, communiqua la maladie à plus de cinquante femmes enceintes qu'elle accoucha ou qu'elle explora. Un chirurgien consulté reconnut à la vulve de plusieurs de ces femmes des ulcères de même nature. Pendant ce temps, la maladie se propagea aux enfants que les mères allaitaient et aux maris, tellement qu'en quatre mois on compta plus de quatre-vingts personnes contagionnées. La sage-femme fut interdite. Le corps des malades, est-il dit, se couvrait de pustules et d'ulcères ou bien de tubercules durs et calleux, tous symptômes qui rapprochent cette endémie de l'épidémie du XVe siècle. Louise Bourgeois, dans son *Traité d'accouchements*, livre II, ch. XLII, cite un fait semblable. Everard (voyez Ozanam) rapporte qu'une femme de Middlebourg, en Zélande, qui faisait profession de sucer le sein des nouvelles accouchées, pour former le mamelon et en extraire le colostrum, communiqua un ulcère syphilitique à ces femmes, aux enfants, et par suite aux maris. C'est de la même façon qu'en 1804 se développa l'épidémie de Groningue, dont Munniks nous a laissé la relation (1).

Pian de Nérac. — C'est une maladie très-analogue à la précédente, avec cette différence qu'elle dut son origine à l'allaitement d'un enfant syphilitique. A la fin du mois de juin 1752, une maladie épidémique singulière se manifesta à Nérac (2). La femme d'un commerçant de la ville, heureusement accouchée au commencement de novembre 1751, donna son enfant à une nourrice, qui le nourrit bien pendant six mois, au bout desquels cette nourrice étant malade, une de ses voisines donna cinq fois le sein à l'un de ses nourrissons, qui se trouva incommodé ; il maigrissait à vue d'œil et il lui sortit, en peu de jours, beaucoup de pustules aux cuisses. — L'enfant fut confié à une autre nourrice, et plusieurs autres lui donnèrent à teter, qui toutes s'aperçurent bientôt qu'elles avaient des pustules aux seins, lesquelles se répandirent ensuite sur tout le corps. Les enfants de ces nourrices furent infectés de la même maladie. A la fin de décembre 1752, on connaissait, sans compter plusieurs hommes, plus de quarante femmes et enfants ainsi infectés.

§ 6. — Maladie de la baie de Saint-Paul ou Syphiloïde du Canada. Mal anglais. Maladie des éboulements, etc.

BIBLIOGRAPHIE. — SWEDIAUR, *Practical Observations on venereal complaints*, Edinburgh, 1788, 172. Trad. fr. *Traité des maladies vénér.*, t. II, 376. Paris, 1801. — STRATTON, dans Edinburgh med. and surgic. Journal, t. LXXI, p. 276. — C. H. FUCHS, *Die krankh. Veränder. der Haut*, etc., p. 751. Göttingen, 1840.

Cette maladie, qui en peu d'années fit chez les Canadiens des progrès aussi rapides que considérables, commença à se manifester en 1760 parmi les indigènes des bords du lac Huron ; en 1780, elle se montra chez les habitants du

(1) Munniks, *Obs. méd.*, *Diss. inaug.*, Groningue, 1805, et *Journal de Sédillot*, t. XXIV, p. 337.
(2) Joseph Raulin, *Observations de médecine*. Paris, 1754, p. 250.

rivage de la baie de Saint-Paul, et en quelques années elle se répandit dans la plus grande partie du Canada, fit de grands ravages dans quelques tribus indiennes et principalement chez les Indiens Otawa. En 1785 on trouva dans le Canada 5800 individus infectés de cette maladie, sans compter ceux qui ne déclarèrent pas qu'ils en étaient atteints; cependant elle était encore inconnue alors à tous les Indiens du voisinage.

Elle s'annonçait, au rapport de Swediaur, par de petites pustules aux lèvres, à la langue, dans l'intérieur de la bouche, et plus rarement aux parties de la génération.

Ces pustules, qui ressemblaient d'abord à de petits aphthes remplis d'une humeur blanchâtre et puriforme, étaient autant de germes de transmission. L'humeur qui en provenait avait une telle virulence qu'elle infectait ceux qui mangeaient avec la cuiller des malades ou qui buvaient dans leur verre, ceux qui fumaient avec leur pipe; on a même observé que la maladie se communiquait par le linge, les vêtements, etc.

Cette maladie se manifestait ultérieurement par des dépôts considérables (tubercules), des douleurs nocturnes dans les os, des ulcérations de la bouche et de la gorge, des adénopathies multiples, quelquefois suppurées, le plus souvent dures, fermes et indolentes. En dernier lieu, les os du nez, ceux du palais, du crâne, etc., étaient attaqués de carie; on voyait survenir la chute des cheveux, des maux de poitrine, la toux, la diminution de l'appétit, etc., qui annonçaient la fin prochaine du malade. Les deux sexes et tous les âges étaient également exposés à la maladie; les enfants étaient affectés en grand nombre.

§ 7. — Endémo-épidémies syphilitiques des côtes de la mer Adriatique. — Falcadina. — Scherlievo. — Male di Breno. — Frenga, etc.

Falcadina (1). — Fixée en 1786 dans le district d'Agordo, cette maladie, d'abord observée à Falcado (de là son nom), s'est bientôt répandue dans d'autres villages tyroliens, entre autres Fassa et Manzon, où elle est éteinte depuis 1814. Selon le docteur Zecchinelli, qui en a donné la description, elle aurait été apportée par une mendiante infectée d'une gale vénérienne, de poireaux et d'ulcères aux parties génitales. Les alliances surtout contribuèrent à la répandre; elle attaquait les adultes et les enfants, se manifestait par des ulcérations profondes de la peau et de la gorge, des dartres serpigineuses au cou et aux épaules, des tumeurs gommeuses, des douleurs ostéocopes, mais rarement des exostoses. Elle guérissait enfin par un traitement mercuriel.

Scherlievo, maladie de Fiume (2). — On connaît sous ce nom une endémie

(1) Consultez Zecchinelli, dans Omodei *Annali universali di medicina*, n. 39, 335. — Valenzasca, *ibid.*, n° 93, et *Della falcadina*, fasc. I, Venet. 1840. — Sigmund, dans *Zeitschr. der Wien. Aerzte*, 1855, p. 87. — Marcolini, *Memor. med. chirurg.* Milano, 1839, p. 18. — Facen, dans *Gaz. med. Lombarda*, 1849, n. 21, p. 133.

(2) Cambieri, dans Omodei *Annali universali di medicina*, n. 34, 5, 36, 273. Rapport *Journ. gén. de méd.*, XLII, p. 1. — Boné, *Essai sur la maladie de Scherlievo*. Paris, 1814. — Jenniker, dans *Oest. med. Jahrb.* 3, 104, Heft 4, 43. — Lorenzutti, *Del male di Scherlievo*. Padua, 1830. — Michahelles, *Das Male di Scherlievo*. Nuremb., 1833. — De Moulon, *Nouvelles observat. sur la nature du scherlievo*. Milan, 1834, 2e édit., 1848, et dans *Presse méd.*, 1837, mai, n° 35. — Sporer, dans *Oest. med. Jahrb.*, neueste Folge, II, 211. — J. Vial,

qui pendant longtemps exerça des ravages sur les côtes d'Illyrie, en Dalmatie et en Croatie. Des villages de Draga et de Scherlievo où elle prit naissance, elle se répandit peu à peu à Proputnik, à Kukulionovo, à Buccari et jusqu'à Novi. Dans l'intérieur des terres on l'observa à Grobnick, Senosich, Schnaberg, Wipach, Adelsberg, etc. C'est en 1800 qu'on prévint le gouvernement de Fiume qu'une maladie contagieuse d'une espèce inconnue s'était manifestée au village de Scherlievo, à huit milles à l'est de Fiume et à trois milles des côtes de l'Adriatique. Cette maladie attaquait le visage et la peau par des pustules malignes qui ulcéraient la chair, corrodaient les os et détruisaient la langue, les oreilles et les parties génitales. Le rapport qui en fut fait par le docteur Cambieri montra qu'à l'instar des épidémies ci-dessus décrites, cette maladie se manifestait d'abord par des douleurs dans les os et surtout aux articulations ; plus tard survenaient les tubercules, les ulcères de la peau et de la gorge, qui amenaient ordinairement des désordres considérables. Chez les enfants, la maladie se développait toujours par une éruption érysipélateuse, d'un rouge obscur, principalement sur les fesses, aux aines, dans l'intérieur des cuisses, à l'abdomen. La transmission s'opérait par l'usage commun des ustensiles, des habits, par l'allaitement, par l'haleine et en couchant avec les malades. En général le même individu ne contractait pas deux fois la maladie, dont l'origine est restée inconnue. On prétend cependant qu'elle fut apportée en 1790 par quatre matelots arrivés avec des femmes des bords du Danube après la guerre contre les Turcs. D'autres hypothèses existent encore à ce sujet, qui ne sont pas mieux prouvées. Quoi qu'il en soit, l'étude attentive des descriptions données de cette maladie par les différents auteurs conduit à conclure, avec le docteur Barth, que le scherlievo est une forme de syphilis, se transmettant et par voie héréditaire et par contagion des accidents primitifs et secondaires, dont le virus pénètre par des voies diverses et multiples chez des populations vivant dans de pauvres cabanes, où, d'après les expressions de H. de Moulon, hommes, femmes et enfants vivent et couchent pêle-mêle sur un lit de feuilles sèches.

Il y a lieu de placer à côté du scherlievo les maladies endémiques connues sous les dénominations de *frenga* (1), *male di Breno* (2), *syphiloïde de Hesse* (3), *spirocolon* (4), et peut-être aussi d'autres endémies telles que la *lèpre de Crimée* (5), le *mal kabyle* (6), le *Yang-Mey-Tchoang des*

Thèse de Montpellier, 1814.—Sigmund, *Zeitschr. der Wien. Aertze*, 1855, 93, 142, anal. *Arch. génér. de méd.*, t. II, p. 607, 1855.—G. Pernhoffer, *Unters. und Erfahr. über das Krankheitsübel Skerljevo in Crautisch-istrianischen Kustenlande*, Wien, 1868.—Barth, *Sur le scherlievo*, dans *Bullet. de l'Acad. de méd.*, 17 sept. 1872, p. 392.

(1) Sigmund, dans *Zeitschrift der Wiener Aerzte*, 1855, p. 33.

(2) Voyez *Œst. med. Jahrb.*, V, Heft II, p. 21. Sigmund, *loc. cit.*

(3) Rothamel, dans *Zeitschr. fur die gesammte Heilkunde*, I, 15.

(4) Olympios, dans *Correspondenzbl. Bayr. Aerzte*, 1840, 185. — Pallis, dans Omodei *Annali*, 1842, avril. — Pruner, *Die Krankheit. des Orients*, 177. — Quitzmann, *Deutsche Briefe üb. den Orient.* — Wibmer, dans *Schmidt's Jahrb. für Medicin*, XXX, 305.

(5) V. Martius, *Dissert. inaugural. de lepra Taurica*. Leipzig, 1815. — Krebel, *Lepra Taurica*, Med. Zeitung Russlands, 1846, p. 3 et 39. — Bergson, *Annalen der Charite*, 1852, fasc. 1.

(6) J. Arnould, *La Lèpre kabyle*. Paris, 1862. — Vincent, *Exposé clinique des maladies des Kabyles*. Paris, 1862.

Chinois (1) (ulcère en forme de framboise), et enfin la maladie de Berezoff (2). Les auteurs qui ont le mieux étudié ces maladies sont en effet d'avis que la plupart des manifestations groupées sous ces dénominations populaires sont manifestement et traditionnellement liées à la syphilis ; ils reconnaissent toutefois que, dans certains cas, on a accordé ces dénominations à des variétés d'ulcères ayant pour origine tantôt le scorbut, tantôt la scrofulose, le cancer ou toute autre maladie, ce qui a pu contribuer à leur faire perdre pendant quelque temps leur signification spéciale.

§ 8. — Maladie de Chavanne-Lure, et de quelques épidémies plus récentes.

La relation qui a été faite de la maladie de Chavanne-Lure (Haute-Saône) par le docteur Flamand (3) est celle de toutes les épidémies qui précèdent. Cette maladie débutait par un sentiment de faiblesse générale suivie de douleurs nocturnes plus ou moins vives dans les membres ; la bouche et la gorge étaient affectées, et survenait une éruption pustuleuse sur toute la surface du corps et particulièrement à la tête. Les ustensiles qui servaient à la nourriture furent les principaux moyens de propagation.

De cette dernière maladie doit être rapprochée une épidémie (4) qui sévit en 1840 et 1841 dans la commune de R..., aux environs de Luxeuil, où près de quatre-vingts individus, sur une population de sept cents habitants, furent affectés de tubercules muqueux à l'anus et aux parties génitales. Nous en rapprocherons encore deux petites épidémies qui se sont développées, l'une dans la commune de Capistrello, des Abruzzes, l'autre dans les villages d'Astragal et de Calibera, province de Bellune. Ces deux épidémies provenaient de l'allaitement, et avaient pour point de départ un nourrisson infecté (5). Les épidémies qui ont leur origine dans la pratique de la vaccination, et en particulier celle de Rivalta, trouveraient ici leur place si nous ne devions en parler plus loin.

Telle est la description des endémo-épidémies qui ont suivi la grande épidémie du XVe siècle. Le moment est venu de comparer entre elles ces maladies, de faire ressortir les analogies et les différences qu'elles présentent.

A ne les envisager que dans leurs manifestations symptomatiques, ces maladies, après un malaise général, des douleurs ordinairement violentes au niveau des os et des articulations, se caractérisent du côté de la peau par des éruptions pustuleuses, des intumescences framboisées et fongueuses, des tubercules enfin qui laissent d'ordinaire à leur suite des cicatrices profondes et difformes, du côté des muqueuses par des ulcérations plus ou moins profondes et qui souvent amènent la perforation du voile du palais.

(1) P. Dabry, *La Médecine chez les Chinois*. Paris, 1863, p. 163.

(2) Ssokoloff, dans *Archives de médecine légale et d'hygiène publique*, 3e année, fasc. 2 et 3. Saint-Pétersbourg, 1867.

(3) *Journ. complém. du Dict. des sciences méd.*, t. V, p. 135.

(4) Aliés, *Mémoire sur une épidémie de pseudo-syphilis* (*Journ. de méd. de Lyon*, 1843, et *Gaz. médicale de Paris*, 1844, p. 154).

(5) Voy. *L'Imparziale*, 1er septembre 1868, et *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, t. I, p. 158.

Au point de vue des affections plus profondes, elles présentent des différences qui les constituent pour ainsi dire en deux groupes : tandis que, dans les contrées voisines des tropiques, les accidents bornent leur action aux appareils tégumentaires, et n'envahissent que rarement les organes profonds ; dans d'autres localités, et principalement dans les pays du Nord, ces organes sont le plus souvent affectés. L'absence de la blennorrhagie et des bubons suppurés, dans la majorité des cas, doit être notée. C'est là une circonstance qui n'a pas peu contribué à tromper les médecins, et les a souvent poussés à rejeter à tort l'idée de la syphilis.

Pour ce qui est de l'évolution, il est à remarquer que souvent les symptômes locaux primitifs ont été insignifiants ou, faute d'une observation attentive, sont passés inaperçus, de sorte que les phénomènes généraux ont semblé apparaître d'emblée. Le plus souvent il existe un degré de gravité plus notable que dans la syphilis ordinaire.

La marche de ces endémo-épidémies n'est pas partout la même : à Brünn, à Sainte-Euphémie, à Nérac, etc., la propagation s'est faite avec une grande rapidité, à peu près comme au xve siècle ; mais, plus tard, le mal a rétrogradé au lieu de prendre racine, et a fini par perdre son cachet d'endémicité. Dans d'autres endroits, tels que différents pays du littoral de la mer Baltique et du nord de l'Adriatique, la maladie, au lieu de décroître, s'est étendue progressivement, en raison sans doute des mauvaises conditions hygiéniques des habitants, jusqu'au moment où l'on est parvenu à la combattre à l'aide d'une thérapeutique et d'une hygiène appropriées.

Sous le rapport étiologique, la ressemblance est frappante ; la contagion est le mode de transmission ordinaire et pour ainsi dire indispensable ; le point de départ est variable, c'est tantôt une opération à l'aide d'instruments malpropres, tantôt l'allaitement, tantôt le simple séjour d'un individu infecté parmi des populations vivant en dehors de toute règle hygiénique. Les moyens de transmission sont en général des ustensiles de ménage, du linge ou d'autres objets ; parfois un contact quelconque, mais assez rarement, il paraît du moins, l'acte génésique. L'inoculation pratiquée dans certains cas a prouvé que la période d'incubation (maladie de Brünn, pian) ne diffère pas de celle de la syphilis ordinaire.

A part des différences pour ainsi dire insignifiantes, ces endémo-épidémies ont donc entre elles et avec la syphilis des points de contact non douteux ; tout porte à croire, par conséquent, qu'elles ne forment pas des maladies distinctes, mais une seule et unique maladie. Dès lors ces épidémies n'appartiennent plus qu'à l'histoire de la médecine, puisqu'elles n'ont jamais existé comme maladies indépendantes.

Les observateurs qui les ont le mieux étudiées ont d'ailleurs tous été frappés de leur ressemblance avec l'épidémie du xve siècle, et de leur dissemblance avec la plupart des maladies connues. Pour tous ces motifs, nous pensons, avec Rollet (1), qu'il ne faut voir, dans ces épidémies comme dans celle du xve siècle, autre chose que la syphilis isolée et indépendante, débar-

(1) Rollet, *Recherches sur la syphilis*. Lyon, 1862, p. 116. — Comparez L. V. Lagneau, *Traité pratique des maladies syphilitiques*. Paris, 1828, t. II, p. 400.

rassée en un mot de ses acolytes ordinaires, la blennorrhagie, le chancre simple et le bubon chancreux.

L'étude topographique qui va suivre, en montrant les modifications que subit la syphilis dans des conditions données, permettra de mieux saisir l'identité de nature des maladies dont il vient d'être question.

CHAPITRE V

DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DE LA SYPHILIS.

§ 1. — Europe.

La syphilis, dont le point de départ ne varie pas, du moins quant à sa nature, est une des maladies les plus propres à nous montrer les effets qui résultent pour l'état pathologique de l'action de la race, du climat et de l'hygiène. L'étude géographique de cette maladie mérite donc les plus grands soins, puisque aux indications pronostiques et thérapeutiques qui en sont la conséquence, vient s'ajouter un enseignement pathologique général du plus haut intérêt.

Région du Nord.—La syphilis, ainsi qu'il est déjà permis d'en juger par ce qui précède, conserve une allure peu différente de celle qu'elle avait au xve siècle, dans certaines contrées du nord de l'Europe, et particulièrement sur le littoral de la mer Baltique et de la mer du Nord, dans le Jutland, le Ditmarsch, le Schleswig, le Holstein, sur les rivages de la Suède et dans certaines villes de l'Écosse, de la Hesse et de la Prusse orientale. Non loin de ces contrées toutefois, toujours dans le Nord, en Islande et aux îles Féroë, il est remarquable que cette maladie n'ait pu jusqu'ici se fixer. Au commencement de ce siècle, Mackenzie notait déjà le peu d'aptitude des Islandais à contracter la syphilis : « Syphilis » cannot be said to exist in Iceland. Single cases have sometimes occurred » from communication with foreigners, but the disease has always been inter- » cepted, before it made any progress in the country. »

Depuis lors, médecins et voyageurs n'ont fait que confirmer l'opinion de Mackenzie. En effet, J. Thorstensen, médecin islandais, écrit dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine de Paris (1) : « *morbus venereus non existit in Islandia* », et le docteur Schleissner (2), qui a publié un travail sur les maladies particulières à l'Islande, prétend que la syphilis qui y est importée ne s'y propage que peu de temps, et qu'on ne la trouve guère parmi les Islandais. Ce fait est d'autant plus étonnant qu'il arrive chaque année en Islande quatre-vingts bâtiments marchands danois, dont les équipages ont pendant l'été toute espèce de rapports avec les habitants. En outre, le pays est exploré annuellement par cent cinquante barques de pêcheurs français et hollandais qui fréquentent quelquefois différents ports. Répandue en 1756 parmi

(1) *Mém. de l'Académie de médecine*, t. VIII, p. 28. Paris, 1840.

(2) Schleissner, *Island undersogt*, etc., Kjobenh. 1849. E. Robert, *Voyage en Islande et au Groënland pendant les années* 1835 et 1836, *sur la corvette* la Recherche. Paris, 1851, p. 42. — Comparez Jacolot, *Relation méde. de la campagne de la corvette* l'Arthémise *en Islande*, 1857. Thèse de Paris, 1861.

les tisserands et les fileurs de laine de Reikiawik (température moyenne + 4°), la syphilis y était devenue rare en 1763 et n'existait plus en 1774. Dans quelques autres contrées, elle s'introduisit partiellement, en 1824 par exemple, et pareillement elle s'éteignit. Notons que la blennorrhagie ne se comporte pas autrement.

Dans son voyage en Islande et au Groënland, E. Robert (1) n'a rencontré qu'un exemple de véritable syphilis ; c'était chez une femme islandaise qui avait été contaminée par la cohabitation avec un de ses compatriotes. Ainsi le peuple islandais est peu apte à contracter la syphilis, et assez impropre à la faire germer. C'est là, à notre avis, un fait qui mérite d'être noté avec d'autant plus de soin que la lèpre est une maladie endémique en Islande. — Dans les îles Féroë, la syphilis, d'après Panum (2), est restée inconnue jusqu'en 1844 ; mais, de cette époque à 1846, on a observé environ une vingtaine de cas de cette maladie.

Ce serait un tort de penser que cette sorte d'immunité se rencontre dans les pays voisins. En Norvége et notamment à Christiania (+ 5°,4), les affections syphilitiques sont loin d'être rares, d'après les statistiques recueillies dans les hôpitaux de cette ville par le professeur W. Boeck (3). Les ostéites crâniennes et principalement naso-palatines y sont communes. Un point important à signaler est la lenteur d'évolution de la syphilis sous ce climat. Les accidents consécutifs ne se montrent souvent qu'après le sixième mois ; dans quelques cas, ils sont d'une gravité qui approche de la malignité, et la syphilis occasionne assez fréquemment la mort. La Suède, sous ce rapport, ne diffère pas de la Norvége ; les grandes villes, principalement celles du littoral, sont les lieux où la syphilis sévit avec la plus grande fréquence et le plus d'intensité.

La Russie, vaste empire dont la température moyenne annuelle varie de 0° à + 12°, présente au point de vue de l'extension de la syphilis des différences notables suivant les régions. Dans le nord de ce pays, chez les Samoièdes, les Ostjaken et autres peuples du nord de la Russie d'Europe et de la Russie d'Asie, dans le sud de la Sibérie, au Kamschatka (4), dans les provinces de la Baltique, surtout la Finlande et la Courlande (5), comme aussi dans les gouvernements de Podolie (6), et de Kazan (7), la maladie qui nous occupe est généralement répandue, endémique et grave ; d'après de Hübbenet de Kiew (8), les plaques muqueuses sont très-communes dans les provinces voisines de la Baltique. Au rapport du docteur de Valcourt (9), la syphilis serait fréquente dans tout l'empire russe et s'y propagerait principalement par l'intermédiaire des soldats et des prostituées, car celles-ci, après quelques années passées dans les villes, retournent à la campagne où elles se marient. Cependant, si l'on

(1) *Voyage en Islande et au Groënland*, p. 42. Paris, 1841.

(2) *Bibliotek for Læger*, 1847, I, 316 (*Bibliothèque pour les médecins*).

(3) *Recherches sur la syphilis appuyées des tableaux statistiq. tirés des Archives des hôpitaux de Christiania*. Christiania, 1862, p. 59, 460, etc.

(4) Voyez Meyer-Ahrens, *Die Krankh. in hohen Norden*, Prager Vierteljahrschrift, etc., t. LVI, p. 87, 1857.

(5) Voyez A. Hirsch, *Historisch-geographische Patholog.* Erlangen, 1860, t. I, p. 358.

(6) Voy. *Gaz. méd.*, 1867, p. 707.

(7) Blosfeld, *Zeitschrift für Hygiea*, et *Prager Vierteljahrschrift*, t. LXXIII, p. 31.

(8) *Die Beobachtung und das Experiment in der Syphilis*, Leipzig, 1859

(9) De Valcourt, *De la syphilis en Russie* (*Gaz. méd. de Paris*, 1871, p. 379).

consulte la statistique de l'armée (1), on ne trouve qu'un vénérien sur 34 hommes d'effectif, proportion relativement faible, si elle est réelle, et qui est dépassée dans beaucoup d'autres pays.

Dans les îles Britanniques, la syphilis est tellement répandue que S. Holland, qui évalue approximativement à 50 000 le nombre des femmes se livrant à la prostitution, pense que dans le cours d'une année la syphilis est contractée par plus de 1 652 500 individus des deux sexes (2). Sur 1000 hommes d'effectif de l'armée de terre, on compte, en 1860, 306 vénériens, en 1862 et en 1863, 318, en 1864, 290 ; sur 1000 vénériens, il y a 343 syphilis primitives et 119 syphilis constitutionnelles (3). Cette maladie, enfin, aurait en 1855 fait périr, en Angleterre, 947 individus, sur lesquels 579 enfants de moins d'un an, et, en 1857, elle serait entrée pour 225 cas dans la mortalité générale de la ville de Londres (4). D'après une statistique de Henry Lee (5), les accidents consécutifs se montreraient 19 fois sur 20 durant les six premiers mois qui suivent la manifestation primitive.

Région du centre. — La France, malgré une réglementation de la prostitution plus sévère que celle qui existe en Angleterre, est loin d'être à l'abri des atteintes de la syphilis. C'est qu'en fait de mesures sanitaires, toutes les nations sont solidaires, de sorte que là même où le fléau ne se développerait pas à l'intérieur, il viendrait nécessairement du dehors par suite des incessantes relations des peuples entre eux. Bien qu'il soit difficile d'établir à l'aide d'une statistique rigoureuse la fréquence relative de cette maladie chez nous, puisqu'une partie seulement des malades étant traitée à l'hôpital, le plus grand nombre échappe nécessairement à l'observation, cependant il est reconnu que la syphilis est plus répandue dans les ports de mer, les grandes villes et surtout les villes de garnison (6) ; elle l'est beaucoup moins dans les campagnes, malgré l'extension qu'elle y a prise depuis la facilité des communications établies avec les villes (7). L'armée, qui est par rapport au pays tout entier une sorte de syphilomètre, compte, en 1866, 110 malades vénériens

(1) *Statistique médicale de l'armée, du 1er nov. 1858 au 1er janvier 1860.* St-Pétersbourg, 1861. *Ibid.* 1863. — Comparez Gustave Lagneau, *Recherches comparatives sur les maladies vénériennes dans les différentes contrées.* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, sér. II, t. XXVIII, p. 101.)

(2) Voy. Parent-Duchâtelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3e édit. 1857, t. II, p. 605 ; prostitution en Angleterre par Richelot.

(3) G. Lagneau, *loc. cit.*, p. 103. Remarquons que depuis la loi promulguée en 1866 sous le titre de loi sur les maladies contagieuses, cette proportion est beaucoup diminuée dans les villes de garnison où elle est appliquée. Consultez : *Army Med. department Report.* London, 1868, p. 257.

(4) *The Lancet*, february 20, 1858, p. 198. — Comparez le rapport du comité de la Société Harvéienne de Londres, dans *Congrès médical international de Paris*, 1868, p. 339.

(5) *London med. journal of medicine*, sept. 1849 et *Gaz. méd. de Paris*, 1850, p. 156.

(6) Le Roy de Méricourt, dans *Gaz. hebdomad. de médecine et de chirurgie*, p. 807, 1868. La statistique médicale de l'armée pour 1869 (Paris 1872, p. 36), que nous a communiquée avec une grande obligeance M. le docteur Ely, donne à cet égard de précieux renseignements. Elle montre que la moyenne générale des maladies vénériennes, étant dans l'armée de 156 pour 1000 malades, cette proportion est à Brest de 364, à Verdun, 368, à Strasbourg, 264, à Besançon, 250, à Nancy, 247, à Caen, 244, à Lille, 248, à Rennes, 227, à Paris et Versailles, 262.

(7) Voyez Bergeret, *De la prostitution et des maladies vénériennes dans les petites localités* (*Ann. d'hygiène publique*, 2e sér. t. XXV, p. 343).

sur 1000 hommes d'effectif; en 1869, elle en compte 103; ce chiffre est de 106 pour 1000 hommes d'effectif et de 56 pour 1000 malades, pendant la période de 1862-1869, proportion trois fois moindre que celle qui est présentée par l'armée britannique (1). Malheureusement la fréquence relative des maladies vénériennes est, d'après ces statistiques, difficile à déterminer; néanmoins on peut calculer que la syphilis constitue environ le quart des cas de ces maladies. A Paris, l'administration de l'assistance publique traite chaque année environ 3000 malades affectés de syphilis (2).

En Belgique, la syphilis est relativement moins commune qu'en France, surtout depuis l'amélioration apportée dans le régime de la prostitution. Il résulte, en effet, de documents statistiques recueillis par Vleminckx (3), de 1858 à 1860 inclusivement, que la moyenne annuelle des vénériens aurait été de 90 p. 1000 soldats d'effectif, et que sur ce nombre les blennorrhagies représentent les 65/100. Ces chiffres, comparés à ceux des statistiques anglaise et française, sont des plus éloquents, ils montrent toute l'importance d'une bonne réglementation à l'égard des prostituées.

Dans la Hollande, le Danemark et la Suisse, la syphilis est relativement plus répandue qu'en Belgique. Sur 941 malades traités en 1853 à l'hôpital de Zurich, Lebert (4) compte 69 syphilitiques. En Hollande, les maladies vénériennes dans l'armée sont dans la proportion de 105 p. 1000 malades (5).

Par l'application des mesures sanitaires abrogées en 1845 et rétablies en

(1) Voyez *Statistique médicale de l'armée*, année 1866, p. 16, Paris, 1868, et, année 1869, Paris, 1872. Les pertes occasionnées par les maladies vénériennes sont également très-différentes dans les deux pays. Tandis que ces maladies ont causé pendant l'année 1860 (*Army statistical Reports*, London, 1860, p. 12), pour l'armée anglaise de l'intérieur, une perte de 8,69 journées de service par homme, en France, il y a eu en 1862 une perte de 3,90 seulement par homme (*Statistique médic. de l'armée pendant l'année* 1862, p. 9 et 21). La proportion du nombre des vénériens par rapport au chiffre total des malades n'en a pas moins été très-considérable pendant le cours de cette année, ainsi qu'on peut en juger par le tableau ci-dessous :

	MOYENNE des hommes présents aux corps pendant l'ann. 1862.	MALADES entrés aux hôpitaux.	INDIVIDUS affectés de syphilis primitive.	INDIVIDUS affectés de syphilis constitutionnelle.
Intérieur	256,322	78,626	10,985	2,636
Algérie	47,869	21,973	2,132	302
Italie	12,387	5,633	478	61
TOTAL GÉNÉRAL	316,578	106,262	21,595	2,999

(2) La Statistique médicale des hôpitaux de Paris, année 1864, donne 3034 syphilitiques sur 77 510 malades. Il importe de remarquer que cette statistique est trop élevée; vu la longue durée de la maladie, il arrive que le même malade peut être compté deux fois.

(3) Vleminckx, *Du mal vénérien en Belgique* (*Gaz. méd. de Paris*, 1862, p. 445).

(4) Résumé des maladies observées dans la division de clinique médicale de Zurich pendant l'année 1853 (*Gaz. méd. de Paris*, 1854, p. 787).

(5) Voyez Statistique médicale de l'armée pendant l'année 1869, p. 58, Paris, 1872.

1849, la Prusse, où la syphilis était autrefois relativement fréquente et grave, notamment dans les villes du littoral de la Baltique, a vu diminuer d'une façon notable la proportion des maladies vénériennes, non-seulement dans l'armée (1), mais encore dans la population ouvrière (2). Les affections vénériennes, en 1867, sont dans la proportion de 54 p. 1000 hommes d'effectif (3). — En Bavière, le chiffre des maladies syphilitiques a également présenté des variations sensibles, suivant le mode de réglementation de la prostitution. Seitz (4) rapporte qu'à Munich la syphilis était très-peu répandue jusqu'à l'année 1861 où une nouvelle loi de police vint changer l'état de choses établi. A partir de cette époque jusqu'en 1866, le nombre des hommes infectés de syphilis se trouve doublé. — La syphilis, quoique commune dans l'empire d'Autriche, y est cependant assez peu grave. Aussi l'opinion de A. Hirsch, suivant laquelle cette maladie serait endémique et sérieuse dans le comté de Neustra (Hongrie), est-elle contestée par H. Zeissl (5). D'après un tableau rapporté par cet auteur, le chiffre normal des maladies syphilitiques traitées à l'hôpital général de Vienne, pendant la période décennale 1851-1861, varie entre 1337 et 2068 sur un nombre de 18 000 à 23 000 malades. Dans le reste de l'étendue de l'empire, cette maladie n'est pas plus commune que dans les autres pays du centre de l'Europe. Zeissl signale néanmoins la fréquence de la syphilis congénitale parmi les populations juives de la Gallicie. Les malades vénériens dans l'armée sont dans la proportion de 63 pour 1000 hommes d'effectif.

Région du Midi. Généralement répandue en Espagne et en Portugal, la syphilis, en raison sans doute de la douceur du climat, y revêt une forme le plus souvent bénigne et guérit avec facilité. Ce fait, constaté par N. Fergusson (6) chez les Portugais dès l'année 1812, est signalé aussi pour l'Espagne, par le docteur Rotureau (7). Les Espagnols, en effet, croient ne devoir imposer aucun traitement à la syphilis primitive, ils se contentent de combattre la syphilis constitutionnelle par une médication hydro-thermale sulfureuse. Pourtant, si l'on en croit Mollinedo (8), sur 11 527 soldats vénériens qui, en 1850, entrèrent dans les hôpitaux de la péninsule Ibérique, 79 moururent et un nombre beaucoup plus grand durent être réformés. Cette statistique malheureusement ne nous renseigne pas sur la nature de l'affection qui a amené la mort ; par conséquent, il y a lieu de penser que la syphilis est peu en cause. Dans l'armée portugaise, les maladies vénériennes sont dans la proportion de 95 p. 1000 hommes.

(1) J. Behrend, dans Parent-Duchâtelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*, 3e édit., t. II, p. 678. Stumpf, dans *The Control of Prostitution*, by T. S. Holland (*British and foreign med. chir. Review*, 1854, t. XIII, p. 125).

(2) Neumann, *Der Berliner Syphilisfrage, vorsitzendem der ärztlich. comites d. Berliner Gesundheitspflegevereins*. Berlin, 1862.

(3) *Statistique médicale de l'armée*, pendant l'année 1869, p. 54. Paris, 1872.

(4) Voyez *Congrès médical de Paris*, p. 399, 1868.

(5) *Lehrbuch der constitut. Syphilis*, 1804, p. 12. La statistique fournie par cet auteur est susceptible des objections adressées à la statistique des hôpitaux de Paris.

(6) *Observat. on the venereal diseases in Portugal*, etc. (*Med. Chir. Transact.* London, 1819.)

(7) *Dict. encyclopéd. des sc. méd.* Art. Archena, t. VI, p. 28.

(8) *Heraldo medico*, 8 février 1854, p. 42. Extrait dans *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 24 mars 1854, p. 411.

La fréquence et l'intensité de la syphilis varient en Italie, suivant que cette maladie est observée dans le nord ou sur le littoral, notamment dans les ports méditerranéens. Déjà Foderé (1) avait signalé son peu de gravité dans le Mantouan, et depuis lors Balardini (2), Menis (3), Guislain (4), ont fait la même observation pour les provinces de Sondrio, Brescia, etc. Au contraire, Loder (5), Ziermann (6), Jansen (7), Chardon (8) et Sigmund (9) font mention de sa fréquence et même de son intensité, à Rome, à Naples et surtout en Sicile. Sur le littoral de l'Adriatique, la syphilis est tout aussi fréquente, mais plus grave. Dans la Vénétie, jusque dans le Tyrol, dans l'Istrie, la Dalmatie, elle offre le cachet d'une maladie sérieuse. Elle serait relativement bénigne dans l'Albanie turque (10), très-répandue dans la Moldavie, la Valachie (11), la Servie, le nord de la Turquie (12), principalement sur le littoral de la mer Noire, où elle sévit avec plus d'intensité qu'à l'intérieur des terres. Également fréquente en Grèce (13), elle est plus rare dans les îles Ioniennes (14) et à Malte (15).

§ 2. — Asie.

Répandue et bénigne dans l'Asie Mineure (Rigler), comme dans la Turquie d'Europe, la syphilis serait, au rapport de Wagner (16), plus grave sur les hauts plateaux de l'Arménie, et d'après Poyet (17), les ostéites s'attaquant principalement aux os du nez, du palais, seraient communes chez les Turcs du centre de cette contrée.

Transportée il y a peu de temps dans les montagnes de la Syrie par les troupes d'Ibrahim-Pacha, cette maladie est fréquente dans les plaines de ce pays (18), et Tobler (19) a constaté son extension jusque dans la Palestine. Pruner (20) prétend qu'en Arabie elle règne à peu près exclusivement dans les ports de mer et surtout à Djedda. Toutefois, on la rencontre encore à partir de Bassora sur la route de la caravane qui traverse le Netjed jusqu'au Djof. D'autre part, suivant Burckhardt et Palgrave (21), la syphilis à tous les degrés

(1) Foderé, *Mém. de méd. prat., Sur le climat et les maladies du Mantouan.* Paris, 1800.
(2) Balardini, *Topogr. statist. med. della provincia di Sondrio.* Milan, 1834, p. 64.
(3) Menis, *Topogr. stat. med. della provincia di Brescia.* Brescia, 1837.
(4) Guislain, *Lettres méd. sur l'Italie.* Gand, 1840, p. 69.
(5) Loder. *Bemerk. über ärztl. Verfass. und Unterr. in Italien.* Leipsig, 1812.
(6) Ziermann, *Ueber die vorherrsch. Krankheiten Siciliens*, p. 184.
(7) Jansen, *Briefe über Italien*, trad. du hollandais, I, 297.
(8) Chardon, *Gaz. méd. de Paris*, 1852, n° 5.
(9) Sigmund, *Zeitschr. der wien. Aerzte*, 1855, t. II, 393.
(10) Bertillon, art. Albanie, *Dict. encyclopéd. des sc. méd.*
(11 Neugebauer, *Beischreibung der Moldau und Wallachei*, Leipsig, 1848. — Blanstein, in *Rohatzsch. allgem. Zeitung für Chirurgie*, 1842, n° 49. — Barasch, *Wien. med. Wochenschrift.*
(12) Roser, *Ueber einige Krankh. des Orients.* Augsburg, 1837. — Rigler, *Die Turkey und deren Bewohner.* Wien, 1852, II, 123.
(13) Roser, *loc. cit.*, et Quitzmann, *Deutsche Briefe über den Orient.*
(14) Hennen, *Sketch of the med. Topograph. of the Mediterranean.* London, 1830.
(15) J. Rose, *La syphilis à Malte.* (Lancet, I, 311, 1864.)
(16) Wagner, *Reise nach dem Ararat.* Stuttgard, 1848.
(17) Poyet, *De la syphilis envisagée sous le rapport des mœurs en Orient.* Thèse de Paris, 1868.
(18) Robertson, *Edinburgh med. and surg. Journal*, LIX, 247.
(19) Tobler, *Beiträge zur med. Topograph. von Jerusalem.* Berlin, 1856, p. 5
(20) Pruner, *Die Krankeiten des Orients.* Erlangen, 1847.
(21) Voyez *Dict. encyclop. des sciences méd.*, art. Arabie, t. V, 1870.

est extrêmement commune dans l'Arabie entière, quoique relativement plus rare chez les nomades (Anezé) que chez les tribus sédentaires et chez les habitants des villes côtières. Les Arabes feraient usage du cinnabre pour la combattre.

Les peuples du centre de l'Asie ne sont pas exempts de syphilis. Pollach (1) prétend que dans la Perse cette maladie revêt un caractère bénin. Les Kirghiz, au dire de Neftel (2), sont pour le plus grand nombre atteints de chancre ou de syphilis constitutionnelle ; mais il est difficile de savoir si cette maladie provient plus particulièrement des Cosaques ou des caravanes qui de l'Asie centrale traversent les steppes; elle paraît reconnaître les deux origines. Malgré sa grande extension, la syphilis n'a pas chez ces peuples de conséquences redoutables ; elle se manifeste le plus souvent sous forme de syphilis légère, et ce n'est que rarement qu'on observe l'ozène ou le rupia syphilitique, circonstance qui dépend sans doute des conditions climatériques, et peut-être aussi d'un moyen dont les Kirghiz font usage et qui a une action diurétique et diaphorétique très-prononcée, savoir la décoction de l'*Ephedra equisetina*. Le peu de renseignements que nous avons sur les autres peuples du centre de l'Asie n'apportent aucune donnée à l'élucidation de la question qui nous occupe.

Clarck (3), Shanks (4), Mac-Gregor (5) et plusieurs autres auteurs s'accordent à signaler la grande fréquence de la syphilis dans l'Inde. Schanks observe qu'il n'est pas rare de voir dans les hôpitaux un tiers des personnes affectées de ce mal. Edmonds (6) calcule que le chiffre des syphilitiques, parmi les troupes de l'Inde, s'élève par an, en moyenne, à 12,16 pour 100 d'Européens, et 3,18 pour 100 d'indigènes. « Dans la présidence de Bombay, les maladies vénériennes, dit Kinnis (7), font un mal affreux ; elles fournissent à elles seules le sixième environ des admissions dans les hôpitaux, augmentent la liste des malades, privent l'armée des hommes capables, et minent la constitution d'un grand nombre d'entre eux, ou les rendent impropres au service militaire. » A Pondichéry, la syphilis, d'après Lequerré (8), serait peu fréquente ; on ne l'observe guère, chez les femmes, que parmi les bayadères et les femmes d'une caste tout à fait inférieure.

Castano (9), J. Gimelle (10) reconnaissent que la syphilis est l'affection la plus commune qu'ils aient eu à combattre parmi nos soldats, dans la basse Cochinchine, et notamment à Saïgon. Ils établissent que les bubons y sont, comme dans l'Inde, d'une fréquence extrême. Déjà dans le siècle dernier,

(1) *Wochenbl. d. Zeitschrift d. Wien. Aerzte*, 1856, n° 29.
(2) Neftel, *Beobacht. aus den Kirgisensteppen* (*Wurzburg med. Zeitschrift*, t. I, p. 64, 1860).
(3) *London med. Gaz.*, 1844, July, 470.
(4) *Madras Quarterly med. Journ.*, I, 248, 260 ; III, 13, 31.
(5) Mac-Gregor, *Madras med. Journ.*, IV, p. 159. — Comparez Macpherson, *London med. Gaz.*, 1841, Jun., 546. Voigt, *Bibliothèque pour les médecins*, 1834, I, 358. Gibson, *Bombay med. Transact.*, III, 68. Leslie, *Calcutta med. Transact.*, VI, 62. Mac-Cosh, *Indian Journ. of med. science*, II, 423.
(6) *The Lancet*, 1838. June.
(7) *Edinb. med. and surg. Journ.*, LXXV, 302.
(8) *Quelques considér. sur Pondichéry et ses habitants*, Thèse de Paris. 1837, p. 26.
(9) *Bullet. de l'Acad. de méd.*, séance du 2 juillet 1861.
(10) Gimelle, dans *Bullet. de l'Acad. de méd.*, t. XXX, p. 560, 28 mars 1865.

Saunders (1) indiquait la fréquence de la syphilis dans le Thibet et le Boutan, et C. H. Vaenmann (2) signalait sa bénignité, prétendant qu'elle affectait plutôt les parties externes que les parties internes, et que souvent la gorge restait intacte. En 1739, les RR. PP. Pierre Fourreau et Louis Parennin écrivaient de Pékin à Astruc : « *Morbi venerei grassantur in sinensi imperio, perinde in Europa.* » Plus récemment Wilson (3) constate l'existence de cette maladie sur les côtes de la Chine. Gauthier (4) et Armand s'accordent à reconnaître sa grande fréquence dans tout l'empire chinois, principalement dans les ports de mer et sur le littoral. Ce dernier, tout en observant qu'on rencontre la syphilis dans les régions même où n'ont pas encore pénétré les Européens, rapporte (5) que, sur 530 malades traités à l'hôpital militaire français de Tien-tsin pendant le premier semestre de l'année 1861, on comptait 90 chancres et 21 cas de syphilis. « Cette maladie, qui est la première de toutes à redouter en arrivant en Chine, se trouve partout, nous dit-il, et sa plus grande fréquence est en raison de l'agglomération des masses et de leur plus grande fréquentation par les étrangers. Mais, de plus, les affections vénériennes qui y sont contractées par les Européens prennent un caractère de sur-acuité et de gravité qui n'est pas en rapport avec les accidents éprouvés par les Chinois. Leurs vénériens ont rarement le teint altéré, et souvent chez eux, chez leurs femmes surtout, la contagion se cache sous les apparences d'un bel état de santé. On dirait que la Chine a subi, depuis des milliers de siècles, une sorte de syphilisation générale qui a atténué progressivement l'infection virulente dans les organismes qui en sont atteints. » Schlegel (6) reconnaît également chez les Chinois la bénignité relative du tléau syphilitique, qu'il attribue à leur tempérament lymphatique ; il signale la grande fréquence de cette maladie dans les villes situées sur le bord de la mer. Pourtant J. Rose (7) affirme que la syphilis fait d'effrayants ravages à Fou-Chan dans la classe pauvre. En tout cas, les étrangers sont peu épargnés; les maladies vénériennes sont généralement graves pour les soldats et les marins anglais servant en Chine. Smart (8) nous apprend que sur 16 syphilitiques entrant à l'hôpital, 14 au moins sortiraient sans être guéris radicalement. La cachexie syphilitique serait très-difficile à détruire et deviendrait funeste pour les individus contractant la dysenterie. Enfin, la périostite syphilitique, très-commune, rendrait beaucoup d'hommes impropres au service militaire.

Parker (9) observe que la syphilis est généralement connue au Japon sous le nom de *feu de la volupté*. A. Vidal et Duteuil (10) s'accordent à reconnaître

(1) Saunders, *Philosoph. Transact.*, LXXIV, 100.

(2) *Morbi Nautarum Rudiæ*, in *Linnæi Amœnitat. Academ.*, t. VIII, 1785.

(3) *Medical Notes on China.* London, 1846.

(4) *Deux années de prat. méd. à Canton (Chine).* Thèse de Paris, n° 117, 1863.

(5) *Lettres sur l'expéd. de Chine et de Cochinchine* (*Gaz. méd.*, 1862, 677).

(6) Schlegel, *Centralblatt* et *Union méd.*, 30 mars 1869, p. 491. — Comparez G. Thier, *Sur la syphilis en Chine* (Edinburg med. Journ. XVII, p. 47, july 1868).

(7) J. Rose, *Notes méd. et topogr. sur Fou-Chan (Chine)*, in *Pacific med. and surgical Journ.* Oct. 1862.

(8) Smart. *The Lancet*, August, 1861.

(9) *Journ. of an Expedit. from Singapore to Japan.* London, 1838.

(10) Duteuil, *Quelques notes médicales recueillies en Cochinchine, en Chine et au Japon*, Thèse de Paris, 1864.

sa grande fréquence dans ce pays, où la prostitution est loin d'être considérée comme une chose honteuse. Duteuil signale en même temps sa bénignité et fait observer que rarement elle donne lieu à des accidents tertiaires. D'après Friedel (1), pourtant, les affections syphilitiques du système osseux seraient nombreuses à Hacodadi et à Nagazaki.

§ 3. — Océanie.

Fréquente dans l'archipel Indien, la syphilis, suivant Heymann (2), se rencontre particulièrement dans les villes du littoral et dans les pays circonvoisins en relation avec les Européens, tandis que, dans les districts de l'intérieur de quelques îles, elle est encore pour ainsi dire inconnue. Elle est répandue à Java, un peu moins à Bornéo et aux îles Célèbes (3). Selon Junghuhn (4), elle aurait été importée en 1841, par les Européens, chez les habitants des pays Battas (Sumatra) ; cependant, d'après W. Marsden (5), le mal vénérien était déjà commun au siècle dernier dans les bazars malais, mais à peu près inconnu à l'intérieur des terres. La syphilis, rare aux îles Nicobar, au rapport de Steen-Bille, est fréquente aux îles Moluques, où elle exercerait, suivant Lesson, des ravages aussi grands que lorsqu'elle apparut en Europe (6). Les Malaises les plus misérables sont la plupart perdues par cette maladie, dont les symptômes se composent de ce dégoûtant cortége d'ulcères rongeants qui envahissent toutes les parties du corps. — Dans la Polynésie australienne, la syphilis règne depuis la fin du siècle dernier. C'est dans les années 1769 et 1770 qu'elle a été introduite par les matelots de Cook à la Nouvelle-Zélande et aux îles Sandwich. Bonillon-Lagrange (7) fait remarquer avec raison que les indigènes n'ont tout d'abord connu la syphilis que sous le nom de mal des Anglais. Cette maladie prit bientôt la plus grande extension dans ces îles (8), principalement à Tahiti (9), où elle exerça d'abord des ravages considérables dans la population indigène. Depuis lors, elle sévit avec moins d'intensité (10). Dans le continent australien, et particulièrement dans la terre de Van-Diemen, la syphilis était tellement rare au commencement de ce siècle, que de 1821 à 1831, Scott (11) n'observa, à Hobartstown que six fois des accidents primitifs ; encore provenaient-ils de Sidney et de l'île de France. Depuis l'année 1834, cette maladie, au rapport de

(1) C. Friedel, *Krankh. Ost-Asiens*, Berlin, 1863, et *Arch. de méd. navale*, t. V, p. 266 et 277, Paris, 1866.

(2) *Darstellung der Krankh. in den Tröpenlandern*, 187.

(3) Van Leent, *Archives de méd. navale*, t. XIII et XIV, 1870.

(4) *Die Battaländer auf Sumatra*, II, 300.

(5) *Histoire de Sumatra*, trad. franç. Paris, 1788.

(6) *Voyage médical autour du monde*, 1829, p. 100.

(7) *Journ. génér. de méd.*, I, 38.

(8) Voy. pour la Nouvelle-Zélande : Lesson, *loc. cit.*, p. 119. — Polack, *Manners and customs of the New-Landen*, 11. — Power, *Sketches in New-Zeland*, London, 1849, 146. — Thompson, *British and foreign med. chir. Review*, loc. cit. — Pour les îles Sandwich : Chopin, *American Journal*, mai 1837, 43. — Jarves, *History of the Sandwich Islands*. London, 1843. — Lockwood, *American Journ.*, janv. 1846, 91. — Gulick, *New-York Journ. of med.*, mars 1855.

(9) Lesson, p. 55.—Comparez Wilson, *Ediub. med. and surg. Journ.*, II, 284. Cuzent, *Soc. d'anthrop.*, t. I, 466.

(10) Vauvray, *Archives de méd. navale*, t. IV, p. 527.

(11) *Provinc med. Transact.*, III.

Dempster (1), a pris une extension telle qu'aujourd'hui elle est généralement répandue dans tout le pays, du moins parmi les Européens qui l'habitent. C'est de la même façon que s'est comportée la syphilis dans quelques groupes insulaires polynésiens, et surtout aux îles Sandwich (2), Marquises (3) et Gambier. Rochas (4) nous apprend que la syphilis, quelle qu'en soit l'origine, est très-répandue sur la côte de la Nouvelle-Calédonie. A l'île des Pins (sud-est de la Nouvelle-Calédonie), les chancres, dit Vinson (5), revêtent ordinairement le caractère phagédénique; mais les accidents secondaires et tertiaires n'y sont pas fréquents. Peu répandue aux îles Tonga et Samoa (6), la syphilis ne paraît pas avoir pénétré jusqu'ici dans toutes les terres posées au milieu de l'océan Pacifique.

§ 4. — Afrique.

Région du Nord. — On connaît peu l'état de la syphilis dans l'empire du Maroc; mais par contre il existe des documents nombreux sur le règne de cette maladie en Algérie. Hermann (7), Schönberg (8), Langg (9), Bertrand (10), Armand (11), et beaucoup de médecins s'accordent à reconnaître sa grande extension; mais tandis que Furnari (12) fait coïncider sa fréquence et sa malignité avec l'occupation française, Deleau, Armand, Daga (13), Laveran (14), prétendent que ses ravages doivent être avant tout attribués à l'incurie des Arabes. L'influence du climat donne à la syphilis une suractivité qui fait rapidement apparaître les accidents consécutifs: parmi ceux-ci, les syphilides pustuleuses tiennent la première place pour la fréquence et l'acuité. Elles paraissent envahir tout le corps, et chaque pustule se transforme en ulcère profond à bords taillés à pic. Les tubercules des tissus cellulaires et musculaires ne sont pas rares (Armand). Il résulte des observations de Lagarde (15), Grellois (16), Ladureau (17), Bergot et Audibert (18) que ces accidents et quelques autres, tels que rupia, périostoses, exostoses, carie avec chute des os du nez, sont communs chez les Arabes, qui se soignent fort mal. La syphilis héréditaire est de

(1) *Calcutta med. Transact.*, VII, 359.
(2) Leroy, *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, t. I, p. 270. — Duplouy, *Archiv. de méd. navale*, t. II, p. 186, 1864.
(3) Delarue, thèse de Paris, 1855.
(4) Rochas, *La Nouvelle-Calédonie et ses habitants*. Paris, 1850.
(5) Thèse de Paris, p. 85, 1858, *Élém. de topogr. méd. de la Nouv.-Calédonie, etc.*
(6) Wilkes, *Narrative of a voyage*, etc., III, 32.
(7) *De morbis qui Algeria accurrunt*. Herbipoli, 1833, 31.
(8) *Esquisse sur l'Algérie*. Copenhague, 1837, 41.
(9) *Bibliothèque pour les médecins*, 1847, II, 298.
(10) *Médecine et hygiène des Arabes*. Paris, 1855. — Le même, *Recueil de mém. de médecine, de chir. et de pharm. milit.*, 3e série, t. XVIII.
(11) *Algérie médicale*. Paris, 1854, p. 415.
(12) *Voyage médical dans l'Afrique septentrionale*. Paris, 1845.
(13) *Archiv. gén. de médecine*. Paris, 1864, p. 158 et 287.
(14) *Dict. encyclopéd. des sciences méd.*, p. 762, art. ALGÉRIE.
(15) Lagarde, *Recueil de mém. de méd. et de chir. milit.*, t. VII, p. 287.
(16) Grellois, *Recueil de mém. de médecine, de chir. et de pharm. milit.*, 1re série.
(17) Ladureau, *Lettres sur la syphilis* (*Gaz. des hôpit.*, 1863, p. 231).
(18) *Moniteur de l'Algérie*, t. LX, p. 362, extrait dans le *Constitutionnel*, 2 septembre 1861, page 3.

même fréquente et maligne chez eux. « Je ne crois pas, écrit Deleau (1), qu'il existe dans aucun hôpital d'Europe des exemples plus affreux que ceux que j'ai constamment sous les yeux. J'ai vu des malheureux enfants à la mamelle souvent aveugles, couverts de pustules et de végétations, la membrane muqueuse de la bouche presque détruite. » On voit par cette citation que la syphilisation *héréditaire* n'atténue en rien la gravité de la syphilis, contrairement à ce que prétendent quelques médecins. Cette maladie présente des caractères non moins sérieux chez les Kabyles. Pour des raisons qui sont intimement liées aux mœurs musulmanes, à la décence prescrite par le Coran, écrit le docteur Hattute dans la *Topographie médicale* de la Kabylie (2), la constatation de l'accident primitif de la contamination initiale est entourée d'obstacles quelquefois insurmontables, et ainsi il est presque impossible de saisir chez nos indigènes la syphilis à son berceau. Cette difficulté, la même que l'on rencontrait dans l'antiquité, montre bien l'impossibilité qu'il y avait à établir à cette époque la filiation des accidents syphilitiques, et à connaître leur évolution. Les accidents secondaires se font souvent remarquer par l'étendue et la profondeur de l'altération ; les syphilides ne comprennent pas seulement des papulo-vésicules, l'impétigo, l'ecthyma, etc., mais encore ces formes graves d'éruption ulcérative confondues par Arnoult sous le nom de *lèpre kabyle*, et qui la plupart doivent être assimilées aux syphilides pustulo-ulcéreuses, tuberculo-ulcérantes, gangréneuses et serpigineuses, décrites par Bazin. La physionomie particulière de la syphilis tégumentaire des Kabyles se trouve surtout dans la rapidité de sa marche; aussi n'est-il pas rare de constater tout à la fois, sur un même individu, des éruptions de formes multiples et de gravité différente dans l'échelle nosologique. La syphilis tertiaire est largement représentée en Kabylie par des périostoses, des exostoses et des caries des os des fosses nasales, enfin par des ulcérations ou des brides du pharynx et du larynx. La syphilis viscérale y a été peu observée, sans doute à cause de la difficulté que l'on a de suivre les malades peu disposés à se soigner. Il est à remarquer que les douleurs ostéocopes nocturnes font défaut chez les Kabyles atteints de syphilis osseuse, ce qui vraisemblablement tient au mode habituel de coucher de ce peuple, borné à l'emploi d'une natte placée sur le sol (Vincent, Hattute). Le traitement mercuriel ou ioduré agit avec une rapidité d'action tout aussi surprenante que la rapidité d'évolution de la maladie. Souvent, en effet, les accidents se succèdent chez le Kabyle avec une telle promptitude qu'il est impossible de saisir la transition d'une période à l'autre. Or, comme ces accidents se présentent dans chaque ordre sous leurs formes les plus graves et les plus profondes, il en résulte que la syphilis du Kabyle, comme celle de l'Arabe et du Saharien, en vertu sans doute de la malpropreté et de la mauvaise hygiène de ces peuples, semble se rapprocher de la syphilis épidémique du XVe siècle et des endémo-épidémies dont il a été question plus haut. De même, la syphilis des habitants de la régence de Tunis, quoique souvent curable par les bains de vapeur et les tisanes aromatiques et sudorifiques, se montre hideuse et contagieuse sous presque toutes

(1) Cité par Armand, *Algérie médicale*, p. 415.
(2) Voy. Hanoteau et Letourneux, *La Kabylie et les coutumes kabyles*, Paris, 1873, 3 vol. in-8°, t. I, p. 382 et suiv.

les formes. Les manifestations les plus communes sont des syphilides diverses, des exostoses, des caries nasales et palatines et principalement d'énormes ulcérations de la gorge, de la langue, de la bouche, des lèvres, du menton, des narines, du cuir chevelu, lésions horribles, qui s'accompagnent parfois de fièvre, d'insomnie et d'une tristesse accablante (1). Non moins grave dans l'État de Tripoli, la syphilis a été rencontrée par Richardson (2) jusque dans l'oasis de Ghadamès, au sud de la ville de Tripoli. « A Ghadamès, dit le docteur Hoffmann (3), la syphilis me paraît caractérisée par la prédominance des manifestations cutanées (syphilides). Les exostoses viennent après les syphilides, puis indistinctement, et avec une égale fréquence, les affections bucco-pharyngiennes, le coryza ulcéreux, etc. Cette terrible maladie se transmet dans toutes les familles, soit par l'hérédité, soit exceptionnellement par une contagion directe, c'est-à-dire chancreuse ; soit, presque toujours, par la contagion des accidents secondaires, s'opérant par diverses voies, et surtout par la bouche, qui s'infecte au contact des vases et objets d'un usage commun. Le traitement consiste dans une diète très-sévère de quarante jours, et l'usage de la salsepareille (acheba) en tisane ou aliments. »

Larrey (4), chirurgien en chef de l'expédition d'Égypte, fait remarquer que dans ce pays la syphilis est répandue dans toutes les classes de la société, qu'elle y est peu grave et qu'elle se guérit ordinairement par de simples tisanes sudorifiques ou amères, et des bains de sable, tandis que cette maladie transplantée en Europe, et surtout dans les contrées occidentales, devient opiniâtre et difficile à détruire. D'autres auteurs non moins recommandables (5) s'accordent à reconnaître la fréquence et la bénignité de la syphilis en Égypte et surtout au Caire. Cependant, Bilharz (6) signale l'existence d'exostoses et de nécroses affectant principalement les os du nez, et Schnepp (7) a trouvé qu'il y avait, sur 8230 malades entrés à l'hôpital d'Alexandrie de 1844 à 1861, 589 syphilitiques dont 6 morts.

Région du centre. — Brocchi (8) et Ebn-Omar-el-Junsy (9) rapportent que la syphilis est devenue une véritable calamité dans les pays nègres, et principalement dans le Darfour, où elle est connue sous la dénomination de maladie française. Cette maladie, importée, selon Pruner (10), dans le Cordofan et le Sennaar

(1) A. Lumbroso, *Lettres médico-statistiques sur la régence de Tunis* (*Bullet. de la Soc. de statistique de Marseille*, t. XXIII, 1859. Rapport par E. Perrin, *Union médicale*, t. XII, 1861).

(2) *Travels in the great Desert of Sahara*, etc.

(3) Mission de Ghadamès. *Rapport officiel*, Alger, Duclaux, 1863. Rapport médical par le docteur Hoffmann, p. 345. Précieuse indication que je dois à l'obligeance de mon excellent ami H. Forneron, inspecteur des finances.

(4) J. Larrey, *Relation historique et chirurgicale de l'expédition d'Orient en Égypte et en Syrie*, p. 254. Paris, 1863.

(5) Clot bey, *Gaz. méd. de Paris*, 1839, n° 45, p. 394, et *Aperçu général sur l'Égypte*, II, 324.—Pruner, *Krankh. des Orients.*—Griesinger, *Archiv. f. physiol. Heilkunde*, 1853, n° 2.

(6) Voy. Ernest Godart, *Egypte et Palestine*, Paris, 1867, p. 112.

(7) Schnepp, *Du climat d'Alexandrie*. Paris, 1862.

(8) *Giornale*, etc., V, 201.

(9) *Voyage au Darfour*. Paris, 1845.

(10) Pruner, *Krankh. d. Orients.*— J. Bruce, lors de son voyage aux sources du Nil, observait que les maladies vénériennes, très-communes dans le Sennaar, n'y sont pas graves, et que les sueurs et l'abstinence suffisent pour les guérir. *Voyage aux sources du Nil, etc.*, trad. par Cartera.

par des convois de troupes venant d'Égypte, revêt, ainsi que le prétendent Veit (1) et Brocchi, la plupart des caractères d'un état morbide endémique. De même, après avoir fait invasion, au commencement de ce siècle, dans les vallées circonscrites de l'Abyssinie (2), le mal dont il s'agit y a rapidement acquis une grande extension, tandis qu'il a, jusqu'à ces derniers temps du moins, respecté les habitants des pays Gallas. Observé dans la tribu des Schellouks, sur les bords de la rivière Blanche, il est à peu près inconnu dans le sud et à l'intérieur du pays. Un point intéressant à vérifier serait la prétendue introduction de la syphilis en Abyssinie par les Portugais au xve siècle. Selon Aubert-Roche (3), cette maladie cède facilement, dans cette contrée, à un léger traitement, pourvu qu'on ait soin d'éviter les grandes hauteurs, où ses symptômes cutanés paraissent s'aggraver rapidement. Les Nubiens (4) empruntent au règne minéral un spécifique précieux contre les maladies syphilitiques, la téréba, terre grisâtre, imprégnée peut-être de sels de mercure. Pendant trois jours, les malades, mis à la diète, sont gorgés de téréba; pendant trois jours, l'usage en est suspendu, puis repris et abandonné de nouveau par périodes de trois jours. Dans le Soudan, les maladies les plus invétérées ne résisteraient pas à neuf jours de ce traitement.

Déjà au commencement du dernier siècle, la syphilis existait sur une grande échelle le long de la côte occidentale de l'Afrique, et particulièrement au Congo; aujourd'hui elle est tout aussi fréquente sur la côte de Sierra-Leone, dans la baie de Benin (5), à Biafra et dans les îles voisines. Selon Daniell (6), dans le royaume de Benin et le long de la rivière du même nom, cette maladie est une des plus fréquentes et des plus fatales de toutes celles auxquelles sont exposés les habitants mâles, chez lesquels elle exerce une prédominance marquée. Un grand nombre d'entre eux meurent dans leur jeunesse, faute des remèdes nécessaires à leur guérison. Il n'est pas rare de voir les accidents durer pendant les deux tiers de la vie des individus. Les affections les plus graves observées par Daniell sont des ulcères phagédéniques, gangréneux et malins, attaquant les deux sexes ; les nodus et les éruptions cutanées sont prédominants, et résistent d'ordinaire au traitement rationnel et énergique des médecins européens. Au contraire, Thévenot (7) affirme que la syphilis est très-rare dans la Sénégambie, et que les seuls cas qu'il ait observés dans ce pays appartenaient à des Européens nouvellement débarqués. D'après Dutroulau (8), le fléau syphilitique ne présente pas dans les régions tropicales, et en particulier chez les nègres d'Afrique, la gravité symptomatique, la durée, la tendance à l'infection générale qu'on lui connaît dans les régions tempérées. A l'île de

(1) *Wurtemberg. med. Correspondenzbl.*, IX, 107.

(2) Voy. Pruner, *loc. cit.*, 177. — Tamisier, *Voyage en Abyssinie*. Paris, 1839. — Rochet d'Héricourt, *Voyage dans le pays d'Adel, etc.* Paris, 1841. — Aubert-Roche, dans *Annales d'hygiène*, XXV, 15, et Mém. de l'Acad. roy. de médecine, t. IX, p. 697. — Meyer-Ahrens, *Krankheit. der Abessinier* (Prager Vierteljahrschrift, etc., t. 48, p. 103, 1855).

(3) *Dict. encyclopéd. des sciences médic.* Paris, 1864, t. I, p. 251.

(4) *Mission de Ghadamès*, Alger, 1863, p. 351. Note médicale sur le Soudan.

(5) Oldfield, *Lond. med. and surg. Journ.*, novemb. 1835, 403.

(6) Daniell, *Sketches of the med. topogr. of the Gulf of Guinea*. London, 1849, 43, 96, 114, 138.

(7) *Traité des maladies des Européens*, etc., 247, 249.

(8) *Dict. encyclopéd. des sciences méd.*, t. II, p. 83, 1865.

Madère, cette maladie, au rapport de Kampfer (1), règne principalement sur les côtes et dans les grands ports de mer (Funchal); elle est rare à l'intérieur des terres.

Région du Midi. — Chapotin (2) prétend que la syphilis, au commencement de ce siècle, était peu répandue à l'île Maurice; mais depuis lors les maladies vénériennes s'y sont montrées sous les formes les plus hideuses. « Nous en avons vu un grand nombre, dit Lesson (3), où les symptômes étaient au maximum d'intensité. Les malades appartenaient à la race nègre, et ils étaient traités à l'hôpital civil de la Grande-Rivière. Il est vrai que les nègres, avant de déclarer l'infirmité, essayent de la combattre par des remèdes qu'ils croient propres, et en buvant des tisanes faites avec des écorces d'arbres qu'ils vont dépouiller dans les bois. » A l'hôpital militaire de Saint-Denis (île Bourbon), on compte 210 affections vénériennes sur 1329 malades (4). Au rapport de Mounier (5), la syphilis et les inflammations aiguës ou chroniques des viscères abdominaux sont les affections les plus fréquentes et les plus graves chez les indigènes de l'île de Nossi-bé. A Madagascar, les accidents syphilitiques, connus depuis un petit nombre d'années, ont néanmoins déjà pris un assez grand développement, leur marche est relativement aiguë et rapide (6). Cherzer (7) et Schwarz (8) font remarquer que la syphilis, généralement rare au Cap, se trouve moins répandue encore dans l'intérieur du pays. Cette maladie est néanmoins fréquente parmi les soldats anglais qui y tiennent garnison. Au contraire, la syphilis, suivant Livingstone (9), serait totalement inconnue dans le centre de l'Afrique du Sud, où d'ailleurs elle se guérirait d'elle-même. « Ce mal affreux, rapporte cet intrépide missionnaire, ne persiste jamais sous aucune forme dans l'intérieur de l'Afrique, chez les indigènes dont la race n'a pas été croisée. Il en est autrement pour les individus de sang mêlé. Chez tous les mulâtres que j'ai été appelé à soigner, la violence des symptômes secondaires a toujours été en proportion de la quantité de sang européen qui coulait dans les veines du malade; chez les Coronnas, chez les Criquas et les métis portugais, l'affection produit les mêmes ravages qu'en Europe. J'ai trouvé chez les Barotjès une maladie qu'ils appellent manassah, et qui ressemble énormément au *fœda mulier* de l'histoire. »

§ 5. — Amérique.

Un intérêt tout particulier s'attache à la recherche de l'existence de la syphilis en Amérique; pendant longtemps, cette terre a été regardée comme le berceau de la maladie vénérienne, et cette manière de voir eut des partisans

(1) *Hamburg Zeitschrift für Medicin*, XXXIV, 160.
(2) *Topographie médicale de l'île de France.* Paris, 1812, p. 76.
(3) *Loc. cit.*, p. 144.
(4) Voy. *Archiv. de méd. navale*, t. VI, p. 405.
(5) Thèse de Paris, 1849, *De la fièvre interm. à l'île de Nossi-bé.*
(6) Daullé, *Cinq années d'observations méd. dans les établiss. de Madagascar* (côte ouest). Thèse de Paris, 1857.
(7) *Zeitschrift der Wien. Aerzte*, 1859, n° 11.
(8) *Zeitschrift der Wien. Aerzte*, 1858, n° 40.
(9) *Missionary Travels*, London, 1857, 128, et *Société anthropol.*, t. I, 237.

acharnés. Delgado (1), cependant, soutint que la syphilis était d'importation européenne, et, plus récemment, des voyageurs ont été conduits à partager cette opinion, qui s'appuie en définitive sur les relations qui ont existé entre les indigènes et les colons. Des observations faites à la fin du dernier siècle, et au commencement de celui-ci, prouveraient que la syphilis était inconnue, ou du moins fort peu répandue dans le nord et dans le sud de l'Amérique, tant que les naturels sont restés éloignés des Européens; mais que, depuis, l'extension de cette maladie a toujours été proportionnelle à l'intimité des rapports établis entre ces peuples et ceux d'Europe. Aujourd'hui même, certaines tribus indiennes, restées sans communication avec les Européens, sont exemptes du fléau syphilitique. C'est là un fait, on le conçoit, peu favorable à la doctrine de l'origine américaine de la syphilis. Ajoutons que deux célèbres historiens américains, Prescott et Irwing (2), déclarent formellement, après sérieuse enquête, et prouvent jusqu'à l'évidence que les compagnons de Christophe Colomb n'ont pas exporté la syphilis d'Amérique, mais qu'ils l'ont au contraire importée.

Région du Nord. — Kalm (3) rapporte que, dès le commencement du siècle dernier, et même avant l'invasion européenne, la syphilis était connue au Canada, où elle avait été introduite à la suite des luttes qui fréquemment existaient entre les indigènes et d'autres tribus plus méridionales en rapports commerciaux avec nous. Nous savons d'ailleurs (voy. p. 29) que, vers la fin du même siècle, elle prit une grande extension, et exerça des ravages effroyables parmi les naturels du pays. Plus récemment, elle sévit avec une égale intensité chez les indigènes de la Colombie et des provinces du territoire russe du nord de l'Amérique (4). Dans les îles Aléoutes, le fléau syphilitique est une des maladies qui atteignent le plus fréquemment les Russes habitants de ces contrées (5). D'autre part, les soldats de l'Amérique septentrionale anglaise ont présenté annuellement, en 1862 et 1863, 161 maladies vénériennes, dont plus de la moitié étaient syphilitiques, pour 1000 hommes d'effectif, et plus de 8 hommes sur 100 malades vénériens sont actuellement renvoyés en Angleterre, dont 5 définitivement rayés du service comme invalides.

Dans la partie septentrionale des États-Unis, l'armée fédérale (6), durant les deux années de guerre contre les confédérés des Etats du Sud, ne présenta qu'une moyenne annuelle de 67 vénériens sur 1000 hommes d'effectif; mais les corps, peu nombreux d'ailleurs, de la région du Pacifique, atteignirent une proportion de 344, supérieure même à celle qu'offre l'armée des îles Britanniques. Dans l'armée des fédérés, sur 1000 maladies vénériennes, il y eut 360 syphilis, proportion relative assez analogue à celle de l'armée belge.

(1) *Del modo di adoperare il legno sancto d'India occidentale.* Venise, 1509, in-4°.

(2) Consultez *New-York Journal of medicine*, mars 1844.

(3) *Svenska Vetensk. Academ. Handl.*, XI, 280.

(4) Blaschke, *Topogr.*, 66, et Canst. Jahrb., 1844, II. Romanowsky, dans *Med. Zeitung Russland*, 1849, n° 20.

(5) Voy. *Dict. encyclopéd. des sciences méd.*, t. II, p. 36. Art. ALEOUTES.

(6) Voyez *Reports on the extent and nature of the mater. available for the prepar. of a med. and surg. History of the rebellion.* Philadelphia, 1865.

Dans quelques villes des États-Unis, à Nashville, à Memphis, la moindre proportion des vénériens de l'armée est en rapport avec la réglementation plus parfaite des prostituées. En somme, la syphilis, aux États-Unis d'Amérique, ne diffère pas notablement de ce qu'elle est en Europe; chez les nègres (1), toutefois, elle est fréquente et maligne, comme aussi parmi les tribus indiennes (2) de l'ouest depuis leurs relations avec les Européens. Elle a pris, chez les indigènes de la Californie, une extension telle qu'il n'est pas rare, au dire de Praslow, de voir tous les membres d'une même famille en être affectés. L'absence de police des mœurs contribue pour une grande part à sa propagation à San-Francisco (3). Le fléau syphilitique n'est pas moins répandue au Texas, où Husson (4) et Swift (5) le font provenir des communications établies entre les Indiens et les Mexicains.

Région du centre. — On s'accorde (6) généralement à reconnaître que la syphilis a pris au Mexique une extension plus considérable que sur la plupart des points de la surface du globe; le peuple y est même si peu renseigné sur la nature de ce mal qu'il en parle comme de toute autre maladie, l'attribue à des influences générales, et ne doute pas de sa genèse spontanée. Plusieurs docteurs mexicains de mes élèves m'ont affirmé, à plusieurs reprises, que les affections syphilitiques avaient une intensité plus grande au Mexique qu'en France, et qu'elles étaient graves surtout chez les Européens nouvellement débarqués. Au contraire, elles sont moins sérieuses chez les Indiens, de sorte qu'elles paraissent subordonnées à l'acclimatation plus ou moins complète des individus sur lesquels elles sévissent, Jourdanet (7) et Libermann (8) insistent sur la fréquence et la ténacité de la syphilis au Mexique, et notamment à Mexico. L. Coindet (9) constate que la syphilis se propage sans entraves dans cette dernière ville, qu'elle s'y traduit par des manifestations hâtives, intenses et tenaces, et qu'elle s'y termine assez souvent d'une manière fatale. C. Heinemann (10) fait également mention de la gravité de la syphilis mexicaine, il insiste sur les ulcérations qu'elle détermine à la peau, dans le larynx, etc.

Dans les Antilles, la syphilis sévit avec moins d'intensité. Dès le siècle dernier, Hunter (11) rapportait que ce fléau y était plus rare, particulièrement dans les parages où l'on a prétendu qu'il avait son origine, que

(1) Tidymann, dans *Philosoph. Journ. of med and physic. Science*, III, n° 6.
(2) Hunter, *American med. Record*, V, 412.
(3) Lantoin, *Arch de méd. nav.*, t., XVII, p. 179.
(4) Coolidge, *Statistical Report*, etc. Philadelphia, 1856, 377.
(5) *Ibid.*, 385.
(6) Voy. Uslar, dans *Preuss. med. Vereins Ztg.*. 1843, n° 36. — Stricker, dans *Hamb. Zeitschr. fur Med.*, XXXIV, 530. — Newton, *Med. topogr. of the city of Mexico*. New-York, 1848. — Porter, dans *American Journ.*, jan. 1853, 40.
(7) Jourdanet, *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg.*, 10 mars 1865.
(8) Libermann, *Recueil de mém. de méd., de chirurg. et de pharm. milit.* 3e série, t. XIII, p. 333, 1865.
(9) L. Coindet, *Études statistiques sur le Mexique*. (*Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, 11 mars. 8 et 22 avril 1864.)
(10) Carl Heinemann, *Klein Mittheilung von der Mexican. Expedition* (*Archiv für pathol. Anat. und Physiol.*, t. XXXIX, p. 613).
(11) J. Hunter, *Observat. on the diseases of the Army, in Jamaica*, London, 1788, p. 284.

dans toute contrée d'Europe. De son côté, Cordoba (1) insiste sur la rareté relative de la syphilis à Porto-Rico, et se prononce pour l'importation espagnole. Plus récemment, Clark (2) affirme que la syphilis est à peine connue dans certaines îles des Indes occidentales. Cette maladie, au rapport du même auteur, est si peu fréquente parmi les troupes anglaises de la Jamaïque, qu'il est possible d'en observer plus de cas dans un seul régiment des Indes orientales que dans toute la garnison des Antilles (3).

La statistique de l'armée anglaise confirme cette donnée: elle inscrit pour toutes les possessions tropicales de l'Angleterre en Amérique 90 malades vénériens sur 1000 hommes d'effectif. Ces malades sont conséquemment moins nombreux que dans les îles Britanniques; quant aux proportions relatives des diverses affections vénériennes, elles ne diffèrent pas considérablement, sauf les bubons, en Angleterre et dans les Antilles.

A Haïti, toutefois, la syphilis est répandue et maligne, surtout parmi les nègres (4). Le libertinage et le peu de précautions qu'on apporte à Saint-Domingue dans l'usage des femmes font qu'il y a dans ce pays peu de maladies plus communes que les affections vénériennes, qui, outre leurs symptômes ordinaires, se montrent sous plusieurs formes, et compliquent la plupart des maladies (5). Dazille, Rufz de Lavison (6) et Louis Blacas (7) reconnaissent la fréquence de la syphilis chez les nègres des Antilles, comme aussi la promptitude de sa guérison. Cette maladie, répandue dans l'Amérique centrale (8), y est en général assez bénigne (9).

Région du Midi. — Le fléau syphilitique se montre dans cette région, si l'on en excepte la Colombie, avec une extension et une gravité peu différentes de celles qu'il présente au Mexique. En effet, la plupart des auteurs s'accordent à signaler sa fréquence en Bolivie (10), au Pérou (11), au Chili (12), dans les États de Rio de la Plata (13). Les maladies vénériennes, suivant Guezennec (14), sont graves à Arica ; on y rencontre des malades atteints d'exostoses, de carie, d'ozène, de syphilide. Au Callao et à Lima, la syphilis est surtout le triste apanage de la classe pauvre. Les recherches de Tschudi lui ont appris que le mal syphilitique n'était pas connu au Pérou avant la conquête ; aussi pense-t-il avec plusieurs autres auteurs qu'il y a été introduit par les Espagnols

(1) Cordoba, *Memor. geograf. de la Isla de Puerto-Rico*. Saumiltan, 1831.
(2) *Madras Quarterly med. Journ.*, I, 381.
(3) Comparez Saunders dans Hermann Holder, *Traité des maladies vénériennes*, p. 132.
(4) Hirsch, *Hist. geographisch. Pathologie*, t. I, p. 363.
(5) Voyez *Conseils aux Européens dans les climats chauds*, ch. p. 463. *Maladies communes à Saint-Domingue.*
(6) Rufz de Lawson, *Bullet. de la Soc. d'anthropol.*, t. I, p. 467, 1860.
(7) L. Blacas, *La syphilis observée à Saint-Domingue, etc.* Thèse de Montpellier, 1853.
(8) Bernhard, dans *Deutsche Klinik*, 1854, n° 11.
(9) Voy. Lagarde, *Archiv. de méd. navale*, t. II, p. 275, 282.
(10) Bach, *Zeitschrift für vergleich. Erdkunde*, III, 543.
(11) Lesson, *Voyage*, p. 27. — Tschudi, *Œst. med. Wochenschrift*, 1846, 474,
(12) Poppig, dans *Clarus und Radius Beiträge zur Heilkunde*, I, 529.—Laforque, *Bulletin de l'Académie de médecine*, XVII, 189. — Lanfoin, *Archiv. de méd. navale*, t. XVII, p. 165, 1872.
(13) Brunet, *Observ. topograph. etc.*, 45. — Tschudi, *Wien. med. Wochenschr.*, 1858, n° 45.
(14) *Archiv. de méd. navale*, t. II, 1864, p. 181.

ou par les nègres. A Valparaiso, les affections syphilitiques sont des plus sérieuses et des plus aiguës dans leur marche, au rapport de Lafargue (1), de Lantoin (2) et de Guezennec. On rencontre à Valparaiso, écrit ce dernier (3), les affections syphilitiques les plus graves que l'on puisse imaginer : ulcères détruisant les téguments du bas-ventre, du périnée et du rectum, avec dénudation, mort dans quelques cas. Ces affections, toutefois, sont moins répandues dans la population indigène que parmi les Européens, et il paraît même qu'elles sont entièrement inconnues des tribus qui vivent à l'ouest des Andes. Mantegazza a également remarqué que parmi les populations de l'Urugnay, du Paraguay et de la confédération Argentine, les Indiens n'étaient atteints de cette maladie que lorsqu'ils vivaient auprès des blancs ; aussi ne croit-il pas à l'origine américaine de la syphilis. Il dit avoir observé dans ces contrées quelques cas graves, voire même mortels, et avoir vu les os du nez s'attaquer et se détruire immédiatement après les lésions congénitales. Cependant, il eut souvent aussi l'occasion de constater la guérison spontanée de la syphilis dans toute la confédération Argentine. Tschudi observe que même dans les localités les plus isolées de cette contrée, on trouve des individus affectés de déformation formidable de la face. Oister rapporte que le tiers de la population de Cordova est atteint de syphilis, et que les individus frappés de ce mal se trouvent par douzaines, mendiant dans les rues.

Au Brésil, la syphilis constitue une maladie commune et grave, surtout parmi la population indienne qui est en rapport avec les peuples d'Europe (4), tandis que, selon Martius (5), elle serait entièrement inconnue des tribus qui vivent à l'ouest. A Rio-de-Janeiro, où la prostitution est libre, patentée et tolérée, la syphilis règne dans une forte proportion ; elle s'alimente d'ailleurs par l'arrivée incessante de navires étrangers, car aucune disposition de police sanitaire n'est prise pour arrêter les progrès du mal. On peut se faire une idée de la propagation de cet élément pathologique dans la population brésilienne en consultant les relevés des salles de chirurgie de l'hôpital Santa-Casa da Misericordia pendant la période quinquennale de 1861 à 1866. — 7082 syphilitiques à divers degrés ont été traités dans ces salles ; 6311 hommes, 771 femmes. Le chiffre des malades traités pendant cette période dans les mêmes salles a été de 18 143 dont 16 231 du sexe masculin et 1862 du sexe féminin. Le nombre des malades atteints de syphilis a donc dépassé le tiers de la totalité des entrées, 1 sur 2, 5 ; et bien plus, sur les 42 141 malades admis pendant cette période de 5 ans dans le service médical du même hôpital, beaucoup de maladies compliquées de l'élément syphilitique ne sont pas entrées en ligne de compte. En 1869, dans divers hôpitaux de la ville, on a noté sur 24 819 maladies, 1,665 entrées pour maladies syphilitiques diverses ou 6 à 7 entrées sur 100, et dans ce chiffre il n'est pas tenu compte d'une foule d'ulcères et d'affec-

(1) Lafargue, *De l'état du Chili au point de vue hygiénique et médical*, Rapport de Renaudin, *Bullet. de l'Acad. de méd.*, t. XXVII, p. 189.

(2) Lantoin, *Archives de médecine navale*, t. XVII, p. 165.

(3) Guezennec, *Archives de médecine navale*, t. II, p. 108.

(4) Pleasants, *American Journ.*, jul. 1842, 88. — Rendu, *Études topograph. etc. sur le Brésil*. — Sigaud, *Du climat et des maladies du Brésil*, 117, 133, 421.

(5) Martius, dans Buchner, *Repert. für Pharmacie*, XXXIV.

tions externes dont une bonne partie relève de la syphilis. Dans de semblables conditions, la syphilis héréditaire est nécessairement commune ; aussi la plupart des médecins s'accordent à reconnaître qu'elle joue un rôle important dans la mortalité des jeunes enfants (1).

Ces différents exemples démontrent avec la dernière évidence l'importance d'une réglementation de la prostitution et la nécessité pour les nations d'instituer des lois sanitaires dans le but d'arrêter les progrès de la syphilis. La fréquence de cette maladie est, en effet, dans un rapport constant avec la tolérance accordée à la prostitution ; elle tient aussi en grande partie aux relations propres à certains centres, dans lesquels la maladie provient manifestement du dehors. Toutes choses égales d'ailleurs, les ports de mer, les villes de garnisons et les villes commerçantes se font remarquer par une plus grande extension et une plus grande activité du mal ; peut-être même serait-il possible d'établir que cette extension est en raison directe des transactions commerciales. D'autres conditions semblent tenir sous leur dépendance la gravité de ce fléau. Partout où les lois de l'hygiène ne sont pas respectées, nous voyons la syphilis sévir avec une plus grande intensité. C'est ainsi qu'elle revêt une forme grave dans les grands centres de population et principalement dans les ports de mer où se rencontrent des individus non acclimatés, adonnés à des excès de toute sorte, ou encore parmi les populations mal nourries et malpropres, comme sont les Arabes, les Kabyles, les Indiens de l'Amérique. Remarquons que les hauts plateaux paraissent favorables à la gravité de la syphilis. C'est du moins ce qui arrive en Arménie, en Abyssinie et au Mexique. Le climat, par contre, n'a qu'une influence médiocre, tant sur la fréquence que sur la gravité du fléau syphilitique ; mais il n'en est pas de même pour la marche de cette maladie. La syphilis évolue plus rapidement dans les zones tropicales ou dans les climats chauds que dans les climats froids ; il faut ajouter qu'elle s'y guérit aussi plus facilement. Le défaut d'acclimatement et sans doute aussi les fatigues sont les causes auxquelles on peut rattacher la gravité de la syphilis contractée dans un pays étranger et largement infecté. L'influence de la race est à peu près nulle ; à part les nègres, chez qui les accidents contitutionnels sont généralement peu sérieux, toutes les autres races sont dans une égalité pour ainsi dire complète en présence du virus syphilitique. L'immunité relative des Islandais, dont l'origine est principalement scandinave, tient en effet à toute autre cause qu'une influence de race, puisque la syphilis est très-répandue chez les peuples de la Suède et de la Norvége.

Telles sont les principales données scientifiques résultant de l'étude de la syphilis dans les différentes parties du globe. Maintenant que nous avons fait connaître les grands traits historiques de cette maladie, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours, le moment est venu de porter nos regards en arrière et d'embrasser d'un coup d'œil général l'espace qui vient d'être parcouru. Dans tous les temps et pour ainsi dire dans tous les lieux, partout où l'on a pris la

(1) Bourel-Roncière, *Pathologie de Rio-de-Janeiro* (*Archives de méd. navale*, t. XVIII, p. 24, 1872).

peine de l'observer, on a noté l'existence d'affections variées des organes génitaux, dont quelques-unes ne sont pas sans analogie avec le chancre syphilitique. Les ulcères de la bouche et de la gorge, les éruptions de la peau, les altérations du système osseux, bien que moins fréquemment signalés, n'ont cependant pas fait défaut. Depuis les temps les plus anciens, par conséquent, on a connu la plupart des manifestations à la réunion desquelles nous appliquons la dénomination de syphilis. Une seule chose a manqué aux premiers observateurs, qui est la connaissance synthétique de cette maladie ; aussi les accidents qui s'y rattachent sont-ils, les uns décrits séparément dans le chapitre consacré aux ulcères des parties génitales, les autres confondus et relégués dans le domaine des maladies ordinaires de l'époque et de la lèpre en particulier. Il a fallu la grande épidémie du xve siècle pour montrer la relation qui unit l'accident primitif aux accidents secondaires et tertiaires, c'est-à-dire les ulcères des parties génitales aux éruptions de la peau et aux affections des os. Dès ce moment seulement, la syphilis est apparue constituée de toutes pièces, et de cette époque date en réalité l'établissement du système syphiligraphique actuel. Obscur à ses débuts, ce système a été peu à peu débrouillé. Bientôt, en effet, fut reconnue la contagion par ce *quid ignotum* qui prit le nom de *virus*, et le rapprochement sexuel fut considéré comme la cause la plus fréquente de la contamination. L'évolution du mal fut mise à jour; les manifestations les plus profondes, celles-là seulement qui attaquent les viscères, restèrent dans l'ombre. Un jour vint cependant, qui n'est pas éloigné de nous, où l'on se prit à douter de la solidité du brillant échafaudage dressé par une observation de plusieurs siècles. Un instant ébranlé sous l'influence de l'agitation des esprits produite par les idées révolutionnaires de Broussais, cet échafaudage ne tarda pas à reprendre des assises meilleures et à se consolider au point de devenir inébranlable. Pourtant des observateurs consciencieux se demandent si l'épidémie du xve siècle est bien la syphilis; mais, sur ce point encore, le doute ne peut persister.

Les endémo-épidémies postérieures à celle de 1495 présentent en effet avec cette dernière, au dire de la plupart des observateurs, une similitude tellement parfaite, qu'il n'est guère possible de nier leur identité; peut-être même serait-on autorisé à rapprocher de ces manifestations épidémiques, à l'exemple de certains auteurs, quelques maladies observées et décrites dans des temps plus anciens. Ce qui, du reste, prouve d'une façon peu contestable la nature syphilitique de ces diverses épidémies, c'est le rapprochement possible de leurs désordres symptomatiques avec ceux de la syphilis étudiée, aujourd'hui même, au milieu de circonstances particulières à certaines contrées. De cette étude ressort ce fait important que, tandis qu'il est des localités où la syphilis est généralement bénigne, on n'a pu jusqu'ici s'étendre, il en est d'autres où cette maladie, très-répandue, se montre habituellement sous les formes les plus hideuses et les plus malignes, avec un ensemble symptomatique peu différent de celui qui a été observé dans le cours des plus graves épidémies. Dans ces lieux par conséquent, ou mieux dans les conditions diverses des individus qui les habitent, il importe de chercher la raison des épidémies de syphilis et de celle de la Renaissance en particulier. Or, les circonstances qui, en certains endroits, paraissent aggraver la syphilis : le défaut d'acclima-

tation, les fatigues, les excès, l'encombrement, et peut-être aussi la contamination d'une race à une autre, sont précisément celles au milieu desquelles s'est développée la grande épidémie de 1495. Ainsi tout porte à croire que la maladie épidémique de cette époque n'a différé, ni dans ses causes, ni dans sa nature, d'un certain nombre de cas de syphilis de nos jours survenus, pour la plupart, dans des conditions spéciales. Notons en outre que la maladie de Naples a pu être influencée dans sa propagation par la température élevée de l'année. « Cette année-là, dit Commines dans ses Mémoires, tous les vins d'Italie étaient aigres, ce que nos gens ne trouvaient point bon, ni l'air qui était si chaud. » Remarquons de plus qu'un grand nombre des épidémies de syphilis qui ont suivi celle du XVe siècle, ont eu, comme cette dernière, une guerre pour point de départ. A ces épidémies nous pourrions encore ajouter, entre beaucoup d'autres, celle dont Fergusson nous a conservé la relation, et qui sévit, en 1814, sur les troupes anglaises de l'Espagne. De même que la plupart des maladies, la syphilis est donc soumise à des variations diverses subordonnées elles-mêmes à des conditions particulières de temps et de lieu, tellement que, légère et bénigne aujourd'hui, dans des circonstances données, cette maladie, plus tard, pourra devenir grave et maligne, ces circonstances venant à changer, et réciproquement.

N'aurait-elle d'autre point de vue, l'étude qui précède ne peut être stérile ; aussi comptons-nous plus tard en tirer des déductions étiologiques et pratiques du plus grand intérêt. Pour l'instant, et après les considérations dans lesquelles nous sommes entré, nous croyons pouvoir émettre, à titre de conclusions générales, les propositions suivantes :

1° Les affections syphilitiques paraissent avoir été vues ou même décrites dans les temps les plus reculés ; toutefois, comme le lien qui réunit ces diverses manifestations, et en constitue une unité pathologique, avait échappé aux anciens observateurs, il faut bien reconnaître que la conception nosologique de la syphilis ne date en réalité que de la fin du XVe siècle.

2° En dehors de sa forme commune et habituelle, la syphilis se montre parfois sous les formes épidémique ou endémique. Rare et presque exceptionnelle, la première de ces formes n'apparaît que dans des circonstances spéciales ; plus générale, la seconde est pour ainsi dire la forme ordinaire de la syphilis dans certaines localités où il y a agglomération d'individus non encore acclimatés, et en particulier dans les grands ports de mer.

3° Répandue sur presque toute la surface du globe, la syphilis ne sévit pas partout avec une égale intensité ; tandis que dans certaines contrées, telles que l'Islande (Schleissner), le centre de l'Afrique méridionale (Livingstone), elle germe à peine et ne peut se développer, il est des lieux (littoral de la mer Baltique et de la mer Adriatique, îles Moluques, Mexique, etc.) où elle prend une extension et une intensité qui lui donnent beaucoup des allures de l'épidémie du XVe siècle.

DEUXIÈME PARTIE

NOSOGRAPHIE

DÉFINITION ET DIVISION.

Les définitions que l'on a données de la syphilis ont été de tout temps le reflet des doctrines médicales de l'époque. Les rapporter ici serait nous exposer à faire l'histoire de ces doctrines, ce qui serait superflu. Il faut du reste arriver à Fernel pour avoir une définition qui présente une idée vraie de la syphilis : c'est, pour ce médecin, une maladie de toute la substance, occulte, contagieuse, manifestée par des tubercules, des taches, des ulcères, des cicatrices, des douleurs, et produite par le coït ou autre contact impur (1). Peu de définitions plus exactes ont été données depuis lors : nous ne nous arrêterons pas à les discuter, et, tenant compte à la fois de l'évolution et des symptômes de la syphilis, nous la définirons comme il suit :

La syphilis est une maladie spécifique, transmissible par contact ou par hérédité, caractérisée par un développement lent, périodique, progressif, et par des altérations des tissus de substance conjonctive sans tendance directe à la suppuration.

Elle est acquise ou héréditaire :

Acquise, quand elle a été transmise par contagion ou par inoculation;

Héréditaire, lorsqu'elle remonte à un père ou à une mère déjà infectés.

Ces deux formes morbides distinctes, dont la première a pour manifestation initiale une altération siégeant au point contaminé, tandis que la seconde se traduit d'abord par des accidents multiples et diversement localisés dans l'économie, méritent chacune une description particulière.

I. — SYPHILIS ACQUISE.

La connaissance des phases diverses que subit la syphilis accidentelle ou acquise n'a pas complétement échappé aux syphiligraphes des premiers temps, à ceux du XVIe siècle en particulier. L'Espagnol Ruiz Diaz de Isla (2) entrevoit la possibilité d'introduire une division dans l'évolution générale des affec-

(1) Lues venerea totius substantiæ morbus est occultus, contagiosus, tuberculis, maculis ulceribus, cruciatibus et doloribus sese prodens, solo concubitu aut alio impuro contactu contrahendus. (*De luis venereæ curatione perfectissima liber.*)

(2) *Tractado*, etc., en casa de Robertis, Sevilla, 1539, in-fol., et Rengifo, Thèse de Paris, 1863, p. 38.

tions syphilitiques ; il en admet trois formes : une première, que caractérise une éruption générale de boutons, guérit sans traitement ; une deuxième, dans laquelle il y a apostèmes et ulcères, réclame l'intervention d'une médication mercurielle ; une troisième enfin, qui s'accompagne de fièvre, d'amaigrissement, de la perte graduelle des forces, de douleurs atroces, et qui est, pour l'auteur, l'infection universelle.

Jean de Vigo (1), au commencement du XVIe siècle, divise les accidents du mal français en deux époques : *morbus non confirmatus*, c'est-à-dire l'accident primitif ; *morbus confirmatus*, c'est-à-dire l'infection constitutionnelle.

Un peu plus tard, Fernel et Thierry de Héry reconnaissent plusieurs périodes dans l'évolution de cette maladie. Pour le célèbre médecin de Henri II (2), le virus, primitivement fixé aux parties génitales, envahit bientôt la périphérie du corps, et y détermine une affection de la racine des poils ; c'est le premier degré de la maladie. Dans le second degré, la peau, affectée à son tour, se couvre de nombreuses macules. Au troisième degré seulement commence la véritable maladie vénérienne ; le virus a pénétré tout le corps, c'est l'époque des syphilides pustuleuse et ulcéreuse. Puis le virus atteint les parties solides. Les affections des os, des muscles et des nerfs, des douleurs atroces et un marasme qui peut conduire à la mort constituent enfin le quatrième degré. Cette classification des accidents syphilitiques établit pour la première fois une distinction formelle entre les altérations superficielles et les altérations profondes de la peau.

La division par périodes des symptômes de la maladie vénérienne n'est pas moins remarquable dans Thierry de Héry : « Les symptômes ou accidents communs de cette maladie, dit cet auteur (3), sont plusieurs, desquels les uns *précèdent*, les autres *suivent*, les autres *surviennent*. Ceux qui précèdent sont ulcères de diverse nature... les autres (consécutifs) font pustules et ulcères naissants par tout le corps... Les derniers font douleurs fixes de toute la tête... principalement avec exostose où souvent sont les os cariés et corrompus... »

Hunter admet également des phases distinctes dans l'évolution de la syphilis. Suivant Ricord (4), d'accord en cela avec les deux précédents auteurs, le drame de la syphilis se divise en trois périodes bien caractérisées :

1° *Accident primitif*, le chancre, résultat immédiat de la contagion ;

2° *Accidents secondaires*, ou empoisonnement constitutionnel, produit de l'infection ; ils comprennent des altérations de la peau, des membranes muqueuses et de leurs annexes.

3° *Accidents tertiaires ;* ils se montrent rarement avant la fin du sixième mois, les tissus fibreux, osseux et musculaire, quelques organes en sont le siége.

Un dermatologiste éminent, Bazin (5), reconnaît dans l'évolution de la

(1) *Opera* Joannis de Vigo *in Chirurgia*. Lugduni, 1542 et de *Morbo gallico tractat.*, Aphrod., p. 450.

(2) *Universa medicina*, Francfort, 1677, 23.

(3) *La Méthode curatoire de la maladie vénérienne*, p. 133. Paris, 1552.

(4) *Lettres sur la syphilis*, 2° édit., 1856, p. 348. — *Leçons sur le chancre*, 2e édit., p. 198.

(5) *Leçons sur les syphilides*. Paris, 1859.

syphilis une quatrième phase, qui comprend les lésions viscérales, et qu'il désigne sous le nom de *période quaternaire*.

Ces divisions paraissent généralement peu prisées en Allemagne. Baérensprung, syphiligraphe distingué de Berlin, tenant compte avant tout du point de vue anatomo-pathologique, admet simplement une période hypérémique et une période tuberculeuse. La syphilis secondaire se manifeste par des hypérémies, tandis que la vérole tertiaire produit partout le tubercule. Nous-même autrefois avons été conduit à développer une classification analogue dans un travail fait en collaboration avec notre ami, le docteur Gros (1). Par contre, Sigmund (2) adopte une division purement chronologique.

Virchow (3), toujours en s'appuyant sur l'anatomie pathologique, classe les symptômes de la syphilis constitutionnelle en deux groupes. L'un d'eux a le caractère passif ou négatif : marasme, cachexie avec ses lésions diverses, dégénérescences viscérales; l'autre, au contraire, comprend les phénomènes irritatifs ou actifs : inflammations diverses et néoplasies. Cette division, quoique séduisante, est susceptible du grave reproche de laisser entièrement de côté tout ce qui concerne la marche de la maladie. En pareil cas, c'est un tort d'être trop exclusif, et s'il est important de tenir compte des modifications anatomiques, il faut aussi, avec les médecins français, savoir ne pas négliger l'ordre chronologique des phénomènes qui en sont l'expression symptomatique.

Ces deux principes pris en considération, on nous permettra de proposer la classification suivante, qui nous paraît avoir l'avantage d'indiquer les principaux traits de la syphilis et de montrer certaines analogies d'évolution entre cette maladie et quelques-unes de celles qu'on appelle *virulentes*.

1° Période d'incubation;

2° Période d'éruption locale, ou de l'accident primitif;

3° Période d'éruption générale, ou des accidents secondaires;

4° Période des productions gommeuses, ou des accidents tertiaires.

Des différences très-notables séparent chacune de ces périodes; c'est, dans la première, l'absence complète de manifestations locales; dans la seconde, la présence d'une modification solitaire, unique, des tissus sur le lieu même où a été déposée la substance contagieuse. Des lésions multiples, mais superficielles, et qui ne laissent en général aucune trace appréciable de leur passage, caractérisent la troisième période, tandis que la quatrième se distingue par des altérations plus profondes et ordinairement suivies de cicatrices. Inoculable et héréditaire dans la seconde et la troisième période, la syphilis ne paraît être contagieuse ni dans la première ni dans la dernière; du moins jusqu'ici aucune expérience, que je sache, n'a été tentée dans le but de s'assurer si cette maladie était transmissible pendant la période d'incubation, et les tentatives qui ont été faites pour savoir si elle était inoculable dans la période des accidents tertiaires n'ont eu aucun résultat positif. Elles sont en tout cas trop peu nombreuses pour être décisives.

(1) *Traité des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1861.

(2) *Wiener medic. Wochenschrift*, 1856.

(3) *Traité de la syphilis constitutionnelle*. Paris, 1859, trad. franç. de P. Picard. — Comparez A. Reder, *Die Perioden der Syphilis*, Archiv. für Dermatol. und Syphilig., t. III, p. 40, 1871.

CHAPITRE PREMIER

PÉRIODE D'INCUBATION, SON EXISTENCE, SA DURÉE.

Nous entendons par incubation l'intervalle de temps qui s'écoule entre l'instant de l'absorption du virus syphilitique et l'époque d'apparition de la première manifestation locale. C'est le moment de la modification qui précède la réaction de l'organisme.

Admise par un petit nombre de médecins (1), au milieu des dénégations générales, la doctrine de l'incubation syphilitique fut primitivement développée et soutenue par Alph. Cazenave (2) : « La syphilis, dit cet auteur, est une maladie générale dès son principe, qui commence à l'instant même où le contact infectant a lieu, comme dans toutes les maladies virulentes, et par conséquent générales..... Le symptôme primitif n'est pas le premier mode d'action de la syphilis, mais bien la première expression phénoménique de l'infection, et alors qu'il se manifeste, la maladie est déjà commencée. » Chausit (3) et Vidal (4) se montrèrent tout d'abord partisans de cette doctrine, aujourd'hui généralement adoptée par le plus grand nombre des syphiligraphes (5), et à l'appui de laquelle on peut apporter deux ordres de preuves, les unes expérimentales, les autres cliniques.

Longtemps niée par une école célèbre, l'incubation de la syphilis n'a été réellement mise en lumière que dans ces derniers temps, grâce surtout, ce qu'il faut bien avouer, aux inoculations pratiquées sur des individus vierges de syphilis. Tentée, en partie, dans le but de chercher à prouver la contagiosité des accidents secondaires, l'inoculation syphilitique artificielle à des individus sains a montré, mieux que n'avait pu le faire l'observation clinique, que la réaction de l'organisme, au sein duquel a pénétré le virus, ne se manifeste pas immédiatement par des phénomènes extérieurs, mais seulement après un temps plus ou moins long, ainsi qu'il arrive dans toutes les maladies virulentes. Des expériences pratiquées, il résulte, en effet, que la plaie où a été déposé le produit qui a servi à l'inoculation ne tarde pas à se cicatriser à peu près comme le ferait une plaie simple; la guérison toutefois est loin d'être définitive; bientôt, à ce même endroit, apparaît une lésion unique, isolée, première manifestation de la souffrance de l'économie atteinte dans toutes ses parties. Le temps que met à se montrer cette manifestation particulière a été précisé, et ainsi a pu être déterminée la durée de l'incubation syphilitique. Le tableau ci-après, destiné à renseigner sur ce point, renferme des faits qui ne permettent pas plus les objections que les fins de non-recevoir.

(1) Notons que J. de Catanée connaissait l'incubation du virus syphilitique. « Il arrive dans cette maladie, disait-il, ce qui se produit dans la morsure d'un chien enragé, où l'on voit le poison se cacher pendant des mois et des années. »

(2) *Traité des syphilides*, p. 142 et suiv. Paris, 1843.

(3) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. IV, p. 177.

(4) *Traité des maladies vénériennes*, p. 196. Paris, 1855.

(5) Voy. Clerc, Rollet, Follin, Cusco, Diday, H. Lée, Bærensprung, Lindwurm, Alph. Guérin, Davasse, etc., cités plus loin : *Bibliographie du chancre*.

NOMS D'AUTEURS.	ACCIDENT qui a servi A L'INOCULATION.	DURÉE D'INCUBATION.	ACCIDENT PRIMITIF.	INTERVALLE de temps compris entre le moment d'insert. du virus et l'appar. it. des accidents consécutifs.	PREMIÈRES MANIFESTATIONS CONSÉCUTIVES.
		Jours.		Jours.	
WALLACE (1). .	Condylomes. Inoculation par enlèvement de l'épiderme.	28	Tubercules qui ne sont que des chancres. . .	75	Syphilide squameuse.
—	Tubercule ulcéré qui n'est vraisemblablem. qu'un chancre induré.	21	Mêmes accidents. . . .	89	Syphilide dite tuberculeuse.
—	Même accident. . . .	30	Id.	66	Syphilide papulo-tuberculeuse.
—	Pustules psydraciées.	29	Tubercule ulcéré, ou mieux, chancre induré.	66	Syphilide squameuse.
—	—	30	Même accident.	54	Syphilide papulo-squameuse.
VIDAL (2). . . .	Pustules d'ecthyma. .	35	Deux chancres indurés.	128 envir.	Roséole et plaques muqueuses. Alopécie.
WALLER (3). . .	Plaques muqueuses. .	25	Chancre ecthymateux. .	50	Syphilide maculée.
—	Le sang.	34	Id.	65	Roséole générale.
RINECKER (4). .	Pustules d'acné provenant d'un nouveau-né.	28	Chancre infectant. . . .	159	Céphalalgie. Embarras gastrique. Tubercules muqueux.
—	Tubercul. muqueux. .	23	Id.	76 à 80	Syphilide lenticulaire. Angine et plaq. muqueuses.
ROLLET et GUYENOT (5). . . .	Plaques muqueuses. .	28	Papule rougeâtre qui ne tarda pas à s'élever.	76	Syphilide papuleuse et exanthématique.
GIBERT (6). . .	Plaques muqueuses secondaires de l'anus.	18	Papule cuivrée saillante qui suinte et se couvre d'une croûte. Adénopathies.	55	Syphilide papuleuse et pustuleuse.
—	Même accident. . . .	25	Même accident.	37	Roséole syphilitique.
—	Sang pris au niveau d'une large papule squameuse du front.	35 envir.	Papule rougeâtre, étalée, sèche, irrégulière, légèrement squameuse, de la largeur d'une pièce de 50 centimes. . . .	72 environ.	Roséole syphilitique.
BAERENSPRUNG. (7)	Chancre induré. . . .	27	Petites saillies tuberculeuses rouges	65	Roséole, plaques muqueuses.
P. PELLIZZARI (8).	Sang proven. d'une saignée de la veine céphalique d'une femme atteinte de syphilis secondaire	25	Papule ronde, d'un rouge foncé, qui se recouvre d'une croûte qui tombe le onzième jour, et laisse à découvert un chancre induré.	65	Roséole sur le tronc.

(1) *Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 36-44. Paris, 1851-52.
(2) *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 115, 1850-51.
(3) *Annales des maladies de la peau*, t. III, p. 183-186.
(4) *Archives générales de médecine*, 5e série, t. I, p. 599. 1858.
(5) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Paris, 1851.
(6) *Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 456. Paris, 1860.
(7) *Mittheil. aus der Abtheil. und Klinik für syphilit. Krankh.* Berlin, 1860.
(8) *La Sperimentale*, anno XIII, série IV, t. III, fasc. 9-10, Firenze, 1861.

Des faits consignés dans ce tableau il résulte que du dix-huitième au trente-cinquième jour, à partir du moment où a été pratiquée l'inoculation, apparaît l'accident initial, indice de l'infection générale. La durée de l'incubation, dans ces cas, varie par conséquent entre dix-huit et trente-cinq jours ; elle est en moyenne de vingt-sept jours. Il s'agit ici surtout d'inoculation d'accidents secondaires. Dans un cas où Rollet (1) inocula le pus d'un chancre infectant, chez un malade déjà possesseur de deux chancres mous, l'incubation ne fut que de dix-huit jours. Elle fut de vingt-huit jours chez une jeune fille exempte de tout accident, qui fut inoculée en 1859 par Bærensprung, avec le produit de sécrétion d'un chancre induré, et de vingt-trois jours dans un semblable cas rapporté par Lindwurm.

L'observation clinique, pour être concluante en pareille matière, devant se présenter dans des conditions spéciales et pour ainsi dire exceptionnelles, il est bien rare qu'elle ait toute la précision désirable.

Wallace de Dublin, Waller de Prague, et quelques autres auteurs, ont cependant rapporté à ce sujet des exemples probants ou du moins peu contestables. Chez un élève de l'École d'Alfort, dont le docteur Chausit (2) nous a laissé l'histoire intéressante, l'incubation dura du 21 avril au 18 ou 19 mai, c'est-à-dire vingt-sept ou vingt-huit jours. Dans un fait que nous avons été à même d'observer, et que voici en quelques mots, elle dura à peu près le même espace de temps.

Obs. I. — Un jeune étudiant en droit de mes amis quittait Paris le 18 juillet 1859, pour aller passer à la campagne la saison des vacances. Arrivé dans une petite ville de province, il vivait au sein de sa famille et avait une conduite exemplaire, lorsque, le 15 août, il me montra une ulcération conique, à bords relevés et durs, à fond grisâtre, qui siégeait à gauche sur le scrotum, et qui s'accompagnait d'adénopathie mono-ganglionnaire. Cette ulcération, dont le diagnostic ne pouvait être un seul instant douteux, s'était manifestée depuis quelques jours seulement, bien que mon jeune ami, qui n'avait aucun intérêt à me tromper, m'affirmât de la meilleure foi qu'il n'avait pas eu le moindre rapprochement sexuel depuis plusieurs jours avant son départ de Paris. Après avoir pris les précautions nécessaires pour m'assurer qu'il ne se méprenait pas sur le début de l'accident, je demeurai convaincu que le chancre s'était montré près d'un mois après le dernier coït. J'ordonnai des pilules de proto-iodure d'hydrargyre, et bientôt le chancre avait disparu. — Plus tard, il y eut des manifestations secondaires.

Dans trois autres cas, où, par suite de circonstances spéciales, il m'a été possible d'obtenir des renseignements exacts sur la durée d'incubation de la syphilis, cette durée a été de 29, 31 et 35 jours (3). Ces faits, comme

(1) *Étud. clinic. sur le chancre prod. par la syphil. second.* (*Archiv. de méd.*, 1859, I, p. 409).
(2) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. IV, p. 171.
(3) Voici la notice abrégée de ces cas. H... s'aperçoit, le 10 mai 1871, d'une légère écorchure du prépuce à la suite d'un rapport sexuel ; le lendemain, gonflement préputial qui disparaît au bout de quelques jours. Le 10 juin, petite érosion à peine saillante sur le prépuce à droite ; le 20 juin, adénopathie dans l'aine correspondante ; le 24 août, plaques muqueuses, quelques taches de roséole. — B... voit une femme à Lyon le 12 novembre 1867, et n'a plus aucun rapport, lorsque, venu à Paris le 17 décembre, il s'aperçoit de l'existence d'un petit bouton sur le prépuce ; le 26, ce bouton était ulcéré ; le 31 janvier, roséole syphilitique, angine et adénopathie cervicale. — H... a un rapport avec une femme suspecte le 9 décembre ; cinq jours plus tard, écoulement blennorrhagique. Absence de rapprochement sexuel jusqu'au 7 janvier, où se produit, au pourtour du gland, trois petites ulcérations à peine indurées qui mettent plus d'un mois à se cicatriser. Plus tard, roséole, angine et plaques muqueuses.

ceux qui sont consignés dans le tableau précédent, permettent de constater que la durée de l'incubation syphilitique, à l'instar de la durée d'incubation des fièvres éruptives, oscille entre un certain nombre de jours. D'après Sigmund (1), la période d'incubation de la syphilis ne dépasse pas la cinquième semaine dans la très-grande majorité des cas (85 pour 100), et le plus souvent (67 pour 100) elle est renfermée dans la limite de quatre semaines. Des observations faites avec soin ne permettent pas d'assigner à la période d'incubation syphilitique une durée plus longue que six semaines. Cependant Alfred Fournier (2) cite des faits d'une incubation de 70 jours ; mais en admettant que ces faits aient été exactement observés, on doit reconnaître qu'ils sont exceptionnels. D'autre part, Diday, sur 28 cas, a trouvé une durée moyenne d'incubation syphilitique de quatorze jours ; mais quand on voit figurer dans la statistique de cet auteur des faits où cette incubation est de quelques jours seulement, on se demande si les renseignements fournis par les malades n'ont pu manquer d'exactitude, et l'on est peu disposé à accepter le résultat. Quoi qu'il en soit, la durée de l'incubation syphilitique n'est pas la même chez tous les malades. Cette plus ou moins longue durée est-elle due à l'individu contagionné ? dépend-elle de la lésion originelle qui transmet l'infection ? D'abord on ne peut nier que les conditions individuelles ne jouent ici un certain rôle, quand on voit des individus contagionnés le même jour par la même femme présenter une durée d'incubation différente. Ensuite, la nature de l'accident inoculé ne serait pas sans influence sur la durée de l'incubation, si l'on en croit Diday. Sur dix observations rapportées par cet auteur, dans lesquelles la matière d'inoculation provenait d'un accident secondaire, l'incubation a été de vingt-huit jours, tandis qu'elle n'a duré que dix-huit jours dans le cas où le pus inoculé avait été fourni par un accident primitif. Dans d'autres cas, il est vrai, elle a été plus longue. Ainsi, s'il était permis de tirer des conséquences de faits si peu nombreux, il résulterait que la période d'incubation syphilitique serait plus courte dans les cas de transmission par l'accident primitif ; et si, d'autre part, il était avéré, ainsi que le prétend Diday, que la syphilis communiquée par un accident secondaire est moins grave que celle qui provient d'un chancre, suivrait cette autre proposition que : plus est longue la durée d'incubation, plus sont légères les manifestations de l'infection générale.

L'étude comparative des maladies virulentes, la rage exceptée, nous apprend qu'il y a une relation peu contestable entre la durée d'incubation et la durée d'évolution de ces maladies ; la syphilis, maladie chronique par excellence, est aussi celle qui a l'une des plus longues incubations. A ce point de vue, ne serait-il pas possible d'établir ici un rapprochement avec ce qui se passe dans la série des êtres, où la période de développement et la longévité sont dans un rapport à peu près constant ? Mais, quel que soit l'intérêt qui s'attache à la connaissance de la durée de l'incubation syphilitique, un fait reste acquis, c'est l'existence même de cette incubation. Dès lors il n'est plus possible de considérer, avec Hunter et Ricord, le chancre comme une lésion locale

(1) Sigmund, *Wiener medizinische Wochenschrift*, nos 77 à 80, 1865.
(2) Fournier, *Recherches sur l'incubation de la syphilis*. Paris, 1865.

n'infectant que plus tard l'économie. Il faut voir dans cet accident la *traduction extérieure et primitive d'un état général déjà acquis*, d'où cet enseignement pratique, que la cautérisation de l'ulcère syphilitique, employée en tant que méthode abortive, est complétement inutile.

De même que les manifestations locales, les troubles généraux de l'organisme font ordinairement défaut dans cette première étape de la syphilis; et cependant, il y a lieu de se demander si déjà l'organisme n'est pas en souffrance. Un malade, dont l'observation a été rapportée par Chausit (1), présenta, pendant le cours de cette période, de l'amaigrissement, de la pâleur, de la fatigue, du malaise, un état de chloroanémie, les apparences, en un mot, d'une maladie sérieuse, le tout sans cause appréciable. On conçoit toutes les difficultés d'un diagnostic dans de semblables conditions. Verrait-on apparaître ces symptômes à la suite d'un coït suspect, qu'il serait à peine possible de soupçonner le début d'une maladie syphilitique.

La grave responsabilité qu'entraîne à sa suite l'inoculation artificielle du virus syphilitique à un individu sain laissera encore longtemps indécise la question de savoir si le sang est virulent dans cette première phase de la syphilis, et si l'individu déjà infecté est encore apte à recevoir une nouvelle contamination. Sur ce point, toutefois, on peut faire appel à l'analogie et à l'induction. Il est permis de croire que la syphilis ne se comporte pas à cet égard autrement que la vaccine et la variole.

CHAPITRE II

PÉRIODE D'ÉRUPTION LOCALE

Cette période comprend tout l'intervalle de temps qui s'écoule depuis l'instant où commence à se montrer la réaction de l'organisme au niveau du point contaminé jusqu'à l'époque où surviennent les premières manifestations générales. A cette période se rattachent :

1° L'altération locale au point contaminé, ou l'accident syphilitique primitif avec ses formes variées;

2° Les modifications concomitantes du système lymphatique, adénopathies et lymphangites.

Une lésion tégumentaire ordinairement unique, accompagnée d'adénopathies sèches, dures et multiples, apparaissant tout d'abord sous la forme d'une papule, qui plus tard, en général, s'érode ou s'ulcère, et se montre toujours plusieurs semaines avant l'invasion des symptômes généraux, c'est, en somme, en quoi consiste l'accident initial, qui, par son évolution lente, sa tendance à la plasticité plutôt qu'à la suppuration, révèle déjà, à la façon des pustules initiales de la vaccine et de la variole, ce que seront plus tard les diverses localisations morbides de la maladie infectieuse.

(1) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. IV.

La dénomination de *chancre induré* ou *chancre hunterien*, qui sert depuis longtemps à désigner cette première manifestation de la syphilis, n'est pas seulement une expression choquante pour l'oreille, elle est encore un terme qui manque de précision et d'exactitude. On sait en effet que l'accident primitif n'est pas toujours et nécessairement une ulcération, et, pour ce motif, on nous pardonnera sans doute de chercher à changer, ou du moins à restreindre dans son application un terme généralement consacré.

§ 1. Accident primitif, chancre syphilitique.

SYNONYMIE : Chancre induré, chancre non suppurant, chancre infectant (1).

ALOYSIUS LUISINUS, *Aphrodisiacus*, etc., cité à l'Historique. — Hercules SAXONIA, *Perfectissimus Tractatus luis venerew*. Patavii, 1597. — Nicolas DE BLEGNY, *L'Art de guérir les maladies vénériennes*. Paris, 1673. — TURNER, *A practical dissertation on the venereal disease*. London, 1717 et 1793. — BOERHAAVE, *Tractatio medico-practica de lue venerea*. Lugduni Batavorum, 1751. — VAN SWIETEN, *Comment. in Boerhaavii Aphorism.*, etc., vol. V. Lugduni Batavorum, 1772. — FABRE, *Traité des maladies vénériennes*, 3e édit. Paris, 1773. — PLENK, *Doctrina de morbis venereis*. Wien, 1777, 1787. — CIRILLO, *Osserv. prat. intorno alla lue venerea*. Napoli, 1783. Traduct. française par AUBER. — HOWARD, *Practical observ. on the natural history and cure of the venereal disease*. London, 1787. — CLOSSIUS, *Ueber die Lustseuche*. Tubingue, 1797. — Johann WENDT, *Die Lustseuche in allen ihren Richtungen*. Berlin, 1816. — SWEDIAUR, *Practical observations on the more obstinate and inveterate venereal complaints*. London, 1784. Traduct. franç. Paris, 1801. — John HUNTER, *A treatise on the venereal disease*. London, 1786. Annoté par BABINGTON, et trad. en français par RICHELOT, avec notes de Ph. RICORD, dans la collect. des Œuvres complètes. Paris, 1839. — Benj. BELL, *On gonorrhea virulenta and the venereal diseases*. London, 1793. Trad. française de BOSQUILLON. Paris, 1802. — EVANS, *Pathological remarks on ulcerations of the genital organs*. London, 1819. — R. CARMICHAEL, *An essay on the venereal diseases which have been confounded with syphilis*. Dublin, 1814; 2e édit., 1825. — *Clinical lectures on venereal diseases*, reported by Samuel GORDON. Dublin, 1842. — Ph. RICORD, *Traité pratique des maladies vénériennes, recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation*. Paris, 1838. — *Lettres sur la syphilis*. Paris, 1856, 2e édit. — WALLACE, *A treatise on the venereal disease and its varieties*. London, 1838. — F. J. BEHREND, *Syphilidologie, eine Sammlung des Wissenswerthesten aus der neuesten syphil. Litteratur*, 1839, 1845, 7 vol., continuée depuis. — BERTHERAND, *Précis des maladies vénériennes*. Strasbourg, 1852. — A. CAZENAVE, *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*. Paris, 1844-1852. — ZEISSL, *Compendium der Pathologie und Therapie der primar. Syphil. und einfachen vener. Krankheiten*. Wien, 1850. — HOLDER, *Lehrbuch der venerischen Krankheiten nach dem neuesten Standpunkte der Wissenschaft*. Stuttgard, 1851. — MAISONNEUVE et MONTANIER, *Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1853. — John EGAN, *Syphilitic diseases including experim. researches*

(1) L'accident primitif de la syphilis a reçu encore d'autres dénominations dont voici les principales : *ulcus cum duritie* (Torella), *ulcus cum callositate* (Vigo), *caries gallica* (Fallope), *pustula indurata* (Maynard), *induration primitive* (Babington), *callous ulcere* (Carmichael), *venerola vulgaris* (Evans). Le mot *chancre*, paraît provenir du mot *cancer*, on le trouve pour la première fois dans les Œuvres de Fr. Villon, Paris, 1723, t. II, p. 69 :

« En chancre et fix et en ces ords cuvaulx,
Ou nourrices essangent leurs drapeaulx,
En petits baings de filles amoureuses
(Qui ne demandent qu'à suivre les bordeaulx)
Soint frittes ces langues venimeuses. »

on inoculation. London, 1853. — Simon, dans *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Rud. Virchow*. Erlangen, 1855. — Diday, *Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis*. Paris, 1858. — *Histoire naturelle de la syphilis*. Paris, 1863. — Vidal (de Cassis), *Traité des malad. vénér*. Paris, 1853; 2e édit., 1855. — F. Michaelis, *Compendium der Lehre von der Syphilis*. Wien, 1859. — Rollet, *Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis*. Paris, 1861. — Melchior Robert, *Nouveau traité des maladies vénériennes*, 1re édit., Paris, 1853; 2e édit., Paris, 1861. — E. Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*, t. I, p. 635. Paris, 1861. — Alph. Guérin, *Maladies des organes génitaux externes de la femme*. Paris, 1864. — L. Belhomme et A. Martin, *Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique et vénérienne*. Paris, 1864. — Edm. Langlebert, *Traité théorique et pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1864. — J. Davasse, *La syphilis, ses formes, son unité*. Paris, 1865.

Mac-Carthy, *Thèse de Paris*. 1844. — Boys de Loury et Costilhes, *Chancres observés à l'hôpital Saint-Lazare*. Gaz. méd., p. 369 et suiv., 1845. — Les mêmes, *Mémoire sur les chancres chez la femme*. Gaz. méd. 1847, 274. — L. Clerc, *Du chancroïde syphilitique* (Monit. des hôpitaux, etc., Paris, 1854), et *Réponse au rapport de M. Cullerier*. Paris, 1855. — Bertherand, *Notice sur le chancre du Sahara*. Lille, in-8°, 1854. — Maratray, *De la syphilis primitive ou locale, et de l'unité du virus syphilitique*. Thèse de Paris, 1854. — J. B. Blacheyre, *Diagnostic différentiel du chancre infectant et du chancre non infectant*. Thèse de Paris, 1855. — H. Musset, *Du chancre au point de vue de la diathèse syphilitique*. Union médic. 1855. — Cullerier, *Rapports à la Société de chirurgie*. Bulletins, 1855-1857. — M. A. Dron, *Du double virus syphilitique*. Thèse de Paris. 1856. — Ph. Ricord, *Leçons sur le chancre, publiées par Alfred Fournier*. Paris, 1858; 2e édit., 860. — Alf. Fournier, *Rech. sur la contagion du chancre*. Paris, 1857. — *Étude sur le chancre céphalique*. Paris, 1858, et dans *Un. méd.* — Buzenet, *Du chancre de la bouche, son diagnostic différentiel*. Thèse de Paris, 1858. — Nadau des Islets, *De l'inoculation du chancre mou à la région céphalique*. Thèse de Paris, 1858. — Debauge, *Traitement des chancres simples et des bubons chancreux par la cautérisation au chlorure de zinc*. Thèse de Paris, 1858. — V. de Méric. *On the unicity or duality of the virus in syphilis*. The Lancet, August 21, 1858. — Sigmund, *Ueber den Harnrohrenschanker beim Manne* (Sur le chancre du canal de l'urèthre chez l'homme). Osterr. Zeitsch. für praktische Heilkunde, n° 27, 1858. — Guyenot, *De l'inoculabilité de la syphilis constitutionnelle*. Thèse de Paris, 1859, et Gaz. hebd., même année. — De Hubbenet, *Beobachtung und Experiment in der Syphilis*. Leipzig, 1859, et Union méd., n° 59, 1858. — Edm. Langlebert, *De l'accident primitif produit par la contagion physiologique artificielle des accidents secondaires de la syphilis*, dans Moniteur des hôpitaux, 1859. — Rollet, *Études sur le chancre produit par la contagion de la syphilis secondaire, et spécialement sur le chancre du mamelon et de la bouche*. Archives générales de méd., février 1859. — J. Venot, *De la pseudo-syphilis chez les prostituées*. Bordeaux, 1859, in-8°. — Laroyenne, *Études expérimentales sur le chancre*, dans Annuaire de la syphilis, par Diday et Rollet. Lyon, 1859. — Baerensprung, *Mittheilungen aus der Abtheilung und Klinik für syphilitische Krankheiten*. Berlin, 1860, et Charité-Annalen, t. IV, p. 16. — Basset, *De la simultanéité des maladies vénériennes*. Thèse de Paris, 1860. — Chabalier, *Preuves historiques de la pluralité des maladies vénériennes*. Thèse de Paris, 1860. — W. Hammond, *Sur le chancre*. American medic. Times, July et Aug. 1861. — Adams et Maunder, dans *Lancet*, 11 novembre 1861. — Sigmund, *Ueber Verschiedenheit der Ansteckungsstoffe und darauf begründete Eintheilung syphilitischer Krankheitsformen*. Wien, 1861. — F. E. Friedrich. *Ueber die Lehren vom Schanker*. Erlangen, 1861. — Schuermans, *Y a-t-il deux espèces de chancre?* Journ. méd. de Bruxelles, février 1861. — H. Kobner, *Versuche und Bemerkungen über Schankervirus*. Deutsche Klinik, n° 47, 1861, et Schmidt's Jahrbücher, Bd. 114, p. 198. — Reder, *Der Schanker und das syphilitische Contagium*. Wien. med. Jahrbuch, 1861, t. I. — Alph. Guérin, *Du chancre induré*. Gaz. des hôpitaux, juil. 1861. — Melchior Robert. *Quelques considérations sur l'auto-inoculabilité du chancre infectant et sur le chancre dit mixte*. Marseille, janvier 1862. — Cusco, *Leçons cliniques sur la syphilis*. Gaz. des hôpitaux, 1862, p. 253, 269, 301. — Maunder, *On primary*

venereal sores, the possible errors in diagnosis, etc. The Lancet, janv. 1862. — Edm. Brousson, *Du chancre phagédénique et de son traitement par le calomel à doses fractionnées*. Thèse de Strasbourg, 1862. — Berkéley-Hill, *Foreign opinions on syphilis*, British medical Journal, 1862, p. 15. — Henri Lee, *De l'inoculation syphilitique*, traduction française par le Dr Émile Baudot, Paris, 1863, et The Lancet, septembre 1862. — Belhomme, *Du chancre phagédénique et de son traitement*. Thèse de Paris, 1862. — W. Beck, *Recherches sur la syphilis*, Christiania, 1862. — Lindwurm, *Ueber die Verschiedenheit der syphilitischen Krankheiten*. Würzburg. med. Zeitschrift, III, p. 143, 1862. — Michaelis, *Der Contagienstreit in der Lehre von der Syphilis*. Archiv für pathol. Anat. und Physiolog., t. XXIV, mai 1862. — Thiry, *Chancre non induré de la face et syphilis constitut.* Revue méd. belge, 48, et Schmidt's Jahrb., 190, t. CXVIII, 1862.— Gonnard, *Essai critique sur l'institution de la dualité chancreuse*. Thèse de Paris, 1863.—Aimé Martin, *De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle*. Thèse de Paris, 1863. — Ladureau, *Considérat. générales sur la syphilis et raisons probantes en faveur de l'unitéisme*, 1863, in-8°. — Gallico, *Trattato teorico-pratico delle malattie veneree*, 2e éd. Firenze, 1863. — L. Nodet, *Études cliniques et expérimentales sur les diverses espèces de chancre, et particulièrement sur le chancre mixte*. Thèse de Montpellier, 1863, et Paris, 1864. — Giacomo Albertetti, *Significato patologico della sifilide*. Torino, 1864. — M. Villaréal, *Étude sur le chancre*. Thèse de Montpellier, 1865. — Em. Millet, *Étude statistique sur la maladie syphilitique, le chancre et la blennorrhagie*. Thèse de Paris, 1866. — Hüter, *Excision des ulcus durum*. Berlin. Klin. Wochenschrift, IV, 27.— Alf. Fournier, *Étude clinique sur l'induration syphilitique primitive*. Archiv. génér. de médecine, t. II, 503, 1867, *et sur le pseudo-chancre des sujets syphilitiques*, ibid., t. I, p. 642, 1868. — Venning, *Infecting and non infecting chanker*. St-Georges Hospital Reports, t. II, p. 145, 1867. — De St-Germain. *De l'érosion chancreuse*, rapport par Dolbeau. Soc. de chirurgie et Gaz. des hôpitaux, p. 94, 1867. —Am. Ricordi, *Sur les formes initiales de la syphilis*, trad. de l'italien par Marchant, dans Journ. des sciences méd. et natur. de Bruxelles. — F. Huggenberger, *Ueber primitiv Erscheinung d. Syphilis*. Petersburg. med. Zeitschrift, XIV, 5, 290, 1868. — E. Verson, *Zur Lehre der syphilitischen Indurationen*. Archiv f. patholog. Anat. und Physiolog., vol. 45, p. 117, 1869. — W. S. Savory, *Notes on the question of the unity or duality of the poison of syphilis*. St-Bartholomew's Hospital Reports, vol. VI, p. 7, London, 1870. — Forster Cooper, *Some remarks on syphilis and chancre*. Guy's Hospital Reports, sér. III, vol. XV, p. 157. — Morgan, *On the nature of the venereal poison*. The med. Press and Circular, 8 et 22 mars 1871. — P. Labarthe, *Le chancre simple*. Thèse de Paris, 1872.

Partie historique.—Bien qu'il ne soit pas douteux que les ulcères contagieux des organes génitaux n'aient été connus dans les temps même les plus reculés, cependant, comme autrefois on ne s'attachait pas à décrire les caractères spéciaux de ces accidents, on comprend que l'ancienneté de leur existence puisse au moins paraître incertaine à quelques esprits. Depuis l'épidémie du quinzième siècle, il a été positivement reconnu que tous ces ulcères n'ont pas la même gravité, et l'un d'eux, qui a reçu l'épithète de *calleux*, est depuis cette époque regardé comme le plus sérieux, eu égard à ses suites.

Gaspard Torella, Villalobos, signalent déjà l'induration de certains ulcères contagieux. Plus précis sur ce point, Jean de Vigo écrit en 1514 : « Nam ejus origo in partibus genitalibus, videlicet in vulva in mulieribus et in virga in hominibus, semper fere fuit cum pustulis parvis, interdum lividi coloris, aliquando nigri, nonnunquam subalbi *cum callositate eas circumdante* (1). »

Pierre Maynard et A. Ferri tiennent un langage assez semblable. En 1544,

(1) *Aphrodisiacus* Luisini, t. I, p. 450. Lugd. Batavorum, 1728.

Lobera (1) fait de l'induration le signe certain du mal français : « Interdum in virga nonnulla ulcera cum *duritie et callositate* quæ sanari exacte nequeunt, perpetitur quod *morbi gallici certum signum est*, maxime vero cum in inguine præcesserit apostema, quod bubonem dicunt. » Fallope, en 1555, donne la description de l'ulcère induré et de la lymphangite qui l'accompagne ; il regarde comme un signe certain de syphilis l'induration qu'il laisse à sa suite : « ... Quoties videtis sanatam cariem et quod remanent *calli* circa cicatricem, tenete esse confirmatum gallicum ; ideo moneo vos quoniam calli isti sunt manifestissima et demonstrativa signa morbi confirmati. » Thierry de Héry (2) insiste également sur l'induration du chancre syphilitique. Botal, en 1563, reconnait le chancre induré de la bouche et du mamelon.

Dès le milieu du XVIe siècle, par conséquent, on était fixé sur la valeur symptomatique de l'induration de l'accident syphilitique primitif. Parmi les auteurs qui ont suivi, un grand nombre ont également reconnu la signification de l'induration chancreuse : citons A. T. Petronius, Ambr. Paré, N. de Blégny, J. L. Petit, Astruc, J. Hunter, B. Bell, Babington, plus récemment Ricord, et la plupart des syphiligraphes modernes. Ricord, dont le nom est justement célèbre en syphiligraphie, eut le mérite, à mon sens, de ramener les esprits un instant égarés par la doctrine physiologique à une observation plus rigoureuse et plus exacte. Il sut, à l'exemple de Hunter, joindre l'expérimentation à l'observation clinique, et s'il y a lieu de lui reprocher le dédain avec lequel il a pendant longtemps refusé d'accepter certaines vérités acquises, il n'en faut pas moins reconnaître que sa résistance et même ses erreurs ont servi à la science, en provoquant de la part de ses adversaires des observations nettes et précises. Nous lui devons d'avoir prouvé, à l'aide de l'expérimentation, que le pus blennorrhagique inoculé n'engendre pas la syphilis, et d'avoir su reconnaître toute la valeur séméiotique de l'induration, tout en attribuant à une idiosyncrasie particulière du malade l'absence de ce phénomène dans certains cas. Un de ses élèves, Bassereau (3), observant que le chancre suivi d'accidents constitutionnels, c'est-à-dire le chancre dur, ne transmet qu'un chancre de même espèce, auquel succèdent toujours les mêmes manifestations, fut conduit à diminuer l'importance de l'idiosyncrasie dans la détermination des caractères de l'accident local et à accorder une plus large part à la nature de l'agent virulent. La graine plutôt que le terrain lui parut modifier le produit ; aussi admit-il deux espèces distinctes de chancre.

Plus tard, lorsque Clerc, en 1855, puis Alfred Fournier, Rollet et plusieurs autres observateurs reconnurent que le chancre induré n'était pas inoculable au porteur, et quand un certain nombre de faits expérimentaux eurent montré que cet accident ne se manifeste qu'après une longue période d'incubation, on songea à le séparer du chancre mou plus encore qu'on ne l'avait fait jusque-là, et alors fut constituée la doctrine de la *dualité chancreuse*, qui ne tarda pas à être acceptée d'un grand nombre de syphiligraphes français et

(1) *Aphrodisiacus* Luisini, t. I, p. 370.

(2) Tous praticiens méthodiques, dit Th. de Héry, témoigneront que le plus certain signe en toute pustule et ulcère est une dureté en la racine, etc. (*La méthode curatoire de la maladie vénerienne.*)

(3) *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis.* Paris, 1852.

étrangers. Cette doctrine toutefois rencontra des opposants, parmi lesquels on compte, en France, Melchior Robert et Langlebert. Tout à fait désintéressé dans la question, nous aurons à examiner les arguments apportés par les parties adverses.

Partie clinique. — De même que la plupart des affections symptomatiques de la syphilis, l'accident primitif offre des aspects variés qu'il importe de bien connaître, si l'on veut arriver à le diagnostiquer sûrement. Il est caractérisé dans le principe par l'apparition, au niveau du point contaminé, d'un néoplasme plus ou moins abondant, d'une induration qui peu à peu passe à l'état d'ulcération. Il revêt ainsi la forme d'une papule qui, suivant l'exubérance du nouveau produit, peut-être aussi suivant la disposition générale du sujet, reste sèche, ce qui est rare, s'érode ou s'ulcère plus ou moins largement : d'où, au point de vue de l'observation clinique et de la symptomatologie, les variétés suivantes de la première manifestation syphilitique :

1° La papule sèche;

2° L'érosion chancreuse;

3° Le chancre induré.

Quelle que soit la variété de l'accident primitif, sa constitution élémentaire ne change pas: l'induration qui lui est propre offre toujours la même composition anatomique. Pour Ch. Robin (1), Lebert, Acton, l'induration chancreuse tient au développement d'un tissu fibro-plastique dans l'épaisseur du derme. Virchow (2) professe qu'elle a une nature entièrement semblable à celle des tumeurs gommeuses, et y voit une prolifération du tissu conjonctif. Cette donnée est, en réalité, peu différente de la précédente, à part la théorie. Baerensprung (3), ayant cru remarquer qu'une partie de la substance granulaire qui forme la base du chancre induré se colore en rouge par la solution iodée, conclut un peu légèrement de ce fait que l'exsudat constitutif de l'induration spécifique du chancre est différent de l'exsudat inflammatoire. Ordonez (4) a constaté, dans cette induration (5), les particularités suivantes : l'épaississement de la couche épidermique de la peau autour du point occupé par l'ulcération; l'augmentation de volume des digitations interpapillaires du corps muqueux au niveau même du chancre induré; la présence de petits foyers hémorrhagiques dans la couche papillaire du derme; enfin l'augmentation de volume des papilles du derme et leur infiltration par une grande quantité d'éléments embryoplastiques ou embryonnaires du tissu conjonctif, c'est-à-dire des noyaux ronds ou ovalaires mesurant de 4 à 7 millièmes de millimètre de diamètre, des corps fusiformes de petite dimension, des faisceaux de fibres du tissu conjonctif de nouvelle formation. Ce résultat ne diffère essentiellement pas de ceux qui ont été constatés par les précédents observateurs, et tous.

(1) *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, 2 nov. 1846.

(2) *Syphilis constitutionnelle*, trad. française de J. P. Picard. Paris, 1860.

(3) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurg.*, 1862, p. 310, et *Charité-Annalen*, t. VI, p. 16.

(4) *Comptes rendus et mém. de la Soc. de biologie pour l'année* 1863, p. 83.

(5) Remarquons que l'induration chancreuse est quelquefois accompagnée d'une induration de voisinage particulièrement liée à l'irritation des glandes sudoripares.

malgré une description un peu différente, s'accordent à voir dans l'induration du chancre ce que nous y avons également trouvé, savoir : de jeunes éléments cellulaires, arrondis, embryonnaires, remplissant des mailles, formés par un fin réticulum conjonctif, et d'autant plus abondants et plus altérés qu'ils sont plus rapprochés du centre du néoplasme ; une hyperplasie conjonctive, en un mot, qui subit, en fin de compte, la métamorphose granulo-graisseuse. C'est à cette métamorphose, sorte de nécrose moléculaire, que tient en partie la formation de l'ulcération ; et celle-ci sans aucun doute se rattache à l'évolution particulière de la néoplasie. Pour ce motif, il y a bien quelque raison, comme on pourra en juger par la suite, de rapprocher la lésion anatomique du chancre de celle qui appartient aux manifestations de la syphilis tertiaire ; et un fait curieux qui doit servir à prouver l'identité de la maladie à son point de départ et à son point d'arrivée, dans toutes ses phases ou périodes, n'est-ce pas l'identité même du produit morphologique? Il ne faudrait pas toutefois se méprendre sur la valeur des données histologiques. Les éléments constitutifs du chancre se rencontrent dans maintes lésions qui ne sont rien moins que spécifiques, de sorte qu'au début comme durant toute l'évolution de la syphilis, c'est encore à l'examen à l'œil nu et non pas seulement au microscope qu'il convient de demander les caractères distinctifs des localisations anatomiques. Ces caractères, en effet, se trouvent moins dans la constitution élémentaire du produit morbide que dans sa physionomie. Ici, comme partout, c'est dans la forme qu'il faut surtout chercher les caractères de l'espèce.

1° *Papule sèche.* — Cette modalité, la plus rare de celles que la syphilis revêt à son début, est encore si peu connue qu'elle n'a pas été jusqu'ici l'objet d'une description spéciale, bien que l'expérience et l'observation clinique viennent à la fois établir son existence.

Après une incubation habituellement longue, apparaît, au niveau du point contaminé, une tache rouge, puis une saillie papuleuse, ayant généralement la forme d'une plaque étendue de près d'un centimètre ou plus, de couleur sombre ou brunâtre, de forme arrondie ou ovalaire, de consistance ferme, rénitente et élastique, et quelquefois recouverte d'une squame blanchâtre qui lui donne une certaine analogie avec les papules syphilitiques de la période suivante. Cette analogie était frappante dans un cas d'inoculation pratiquée par Gibert (1) sur un individu qui, pour accident initial, avait une papule rougeâtre, étalée, irrégulière, légèrement squameuse, tout à fait sèche. Dans un cas rapporté par Dubuc (2), et dans un autre observé par moi, il s'agissait d'une large plaque ayant environ 2 centimètres d'étendue, et siégeant à la région pubienne. Un second malade me présenta sur la face une plaque peu différente qui, à première vue, offrait quelque ressemblance avec un nævus (3).

Dans ces faits et dans plusieurs autres, la lésion locale, semblable aux pa-

(1) Gibert, *Loc. cit.*, p. 458.
(2) *Des syphilides malignes précoces.* Thèse de Paris, 1864, p. 63.
(3) Une autre fois, c'est sur le frein du prépuce que je rencontrai ce même accident, sous forme papuleuse.

pules ou même aux tubercules cutanés et aux productions gommeuses, disparaît par résolution, ou mieux par la résorption que favorisent les tissus voisins; l'induration, sans jamais s'ulcérer, perd peu à peu de sa résistance et de son élasticité, elle diminue d'étendue, devient comme gélatiniforme, et à sa place reste une légère dépression violacée ou noirâtre.

C'est là par conséquent une variété distincte, peut-être trop méconnue, de l'accident primitif, et qu'il importait de signaler. Facile à différencier des syphilides, dans lesquelles les papules sont rarement isolées, cette variété pourrait être confondue avec un nævus ou toute autre altération, si sa consistance, sa coloration particulière, et surtout les bubons multiples qui sont pour ainsi dire ses acolytes obligés, ne venaient l'en distinguer.

Les faits peu nombreux à l'aide desquels il est déjà possible de donner une description de cet accident ne peuvent encore nous renseigner sur son origine. Disons simplement que, dans le cas cité de Gibert, le sang pris au niveau d'une papule syphilitique squameuse avait servi à l'inoculation. Le procédé d'inoculation semblerait d'ailleurs favorable au développement de cette variété de l'accident primitif, si tant est que la nature du produit inoculé n'ait aucune influence sur son apparition. Il y a lieu de remarquer sa fréquence au sein des nourrices, où elle est transmise par succion aux dépens d'accidents secondaires.

2° *Érosion chancreuse ou chancriforme.* — Cette forme, la plus fréquente de celles que manifeste la syphilis primitive, d'après les statistiques de Bassereau (146 fois sur 170 cas), et aussi de l'avis de Diday, est depuis longtemps signalée et distinguée du chancre induré primitif. Carmichaël faisait sans doute allusion à cette manifestation dans la description qu'il donne d'une classe à part de chancres bénins sous le nom de *patchy excoriation*, et c'est probablement cette même manifestation que Wallace a appelée *superficial primary syphilis*. — Le chancre parcheminé de Ricord, la *venerola vulgaris* d'Evans, l'affection condylomateuse de Rinecker, l'érosion superficielle de Langlebert, ne sont que cette modalité primitive autrement dénommée. Bassereau et Diday sont les auteurs qui ont le plus particulièrement appelé l'attention sur ses caractères et sa signification; c'est l'érosion *chancreuse* du premier, l'érosion *chancriforme* du second.

Cette forme de l'accident primitif débute ordinairement par un point rouge cuivré, à peine saillant, papuleux, sec, qui se desquame ensuite, se recouvre d'une croûte ou plutôt d'une écaille mince, et plus tard s'érode ou s'ulcère légèrement à sa surface. D'un diamètre variable, de forme arrondie ou irrégulière, cette ulcération, toujours circonscrite, représente une surface plane, rosée, de niveau avec les parties environnantes, et assez semblable à la surface d'un vésicatoire volant vers le deuxième jour; quelquefois pourtant, elle est saillante, soit par le développement de bourgeons charnus, soit par l'excès d'induration. Elle fournit un suintement séreux, concrescible, peu abondant, présente une base étalée, légèrement indurée en surface plutôt qu'en profondeur. Elle a son siége le plus habituel en arrière de la couronne du gland; mais elle peut se rencontrer partout ailleurs, sur un point quelconque des surfaces cutanée ou muqueuse. Son étendue variable est quelquefois si petite, le suintement si peu abondant et la cicatrisation tellement rapide, qu'à défaut

d'une induration caractéristique, il est prudent de rester dans l'incertitude sur sa nature jusqu'à l'apparition des symptômes secondaires.

Dans la plupart des cas, la durée de cet accident ne dépasse pas deux mois (Bassereau). Sa terminaison a lieu par la résolution du point induré et la cicatrisation de sa surface. Assez souvent, deux fois sur trois environ, l'érosion chancreuse ne donne pas lieu à des *cicatrices durables*, à moins qu'elle n'occupe le bord de la couronne du gland ou le tissu cutané. Dans quelques cas pourtant, une légère induration lui survit. Les ganglions lymphatiques qui lui correspondent sont durs et indolents.

Le diagnostic n'est pas toujours facile. En présence d'un accident de si mince apparence, on se demande, en effet, s'il s'agit d'une maladie aussi sérieuse que la syphilis, et souvent on hésite. Si l'érosion est recouverte de croûtes, ainsi qu'il arrive ordinairement lorsqu'elle occupe la peau ou une partie de membrane muqueuse exposée à l'air, on la voit revêtir quelques-uns des caractères d'une vésicule d'herpès, d'une pustule d'ecthyma, d'une éruption psydraciée ou squameuse, et se confondre avec l'une ou avec l'autre de ces lésions élémentaires. Elle s'en distingue facilement toutefois par son isolement, sa marche, sa longue durée, et l'engorgement spécial des ganglions circonvoisins.

Bien que nous soyons encore peu édifiés sur la source de cette seconde forme de l'accident primitif, il est permis de croire, avec Diday et Langlebert, que cette modalité provient le plus souvent d'une manifestation syphilitique secondaire, et qu'elle est plus particulièrement engendrée par les plaques muqueuses.

3° *Chancre induré. — Chancre non suppurant.* — Tous les syphiligraphes sont loin de s'entendre sur les caractères primitifs de cette variété. Après avoir cru pendant longtemps, avec Ricord, que l'ulcération était le premier symptôme et que l'induration ne survenait que plus tard, il y a tendance aujourd'hui à adopter l'opinion de Babington, plus conforme aux faits expérimentaux, et d'après laquelle l'épaississement du tissu précéderait l'ulcération : « Le caractère de l'infection vénérienne primitive, dit le commentateur de Hunter, est essentiellement une induration passant ensuite à l'ulcération. »

La difficulté de l'observation clinique, à laquelle est due sans doute la divergence d'opinions sur ce point, conduit nécessairement à s'en rapporter en pareil cas à l'expérimentation sur des individus sains. Or, celle-ci nous apprend, comme dans l'expérience de Waller de Prague, qu'il se développe au point contaminé tout d'abord une tache rouge, suivie bientôt d'une élevure ou papule, qui peut acquérir le volume d'une lentille ou d'un pois, et qui est, ainsi que nous le savons, le résultat d'un apport de matériaux, d'une néoplasie du tissu conjonctif. D'un rouge ou d'un jaune sale, arrondie, et dure au toucher, cette papule se recouvre d'écailles grisâtres qui s'épaississent peu à peu, et finissent par former dans quelques cas une véritable croûte sous laquelle se creuse rapidement une ulcération en forme de godet et plus ou moins profonde. Le plus souvent indolente et *taillée comme à l'évidoir*, cette ulcération a des bords saillants, arrondis, une surface lisse, irisée, un fond généralement grisâtre et lardacé ; elle est baignée par un produit de régression irréinoculable

et non par du pus. Enveloppée, selon l'expression de Ricord, d'une sorte de noyau dur, circonscrit, qui lui sert comme de couronne et de lit, elle passe à bon droit pour être la lésion la plus caractéristique de la syphilis à son début. L'induration qui en forme la base et déborde sa circonférence a été comparée par Bell à la moitié d'un pois sec. Elle offre au toucher la sensation d'un tissu élastique, rénitent, chondroïde, sensation particulière, *sui generis*, bien différente de celle qu'accuse au doigt le tissu cicatriciel ou l'œdème phlegmoneux. La forme hémisphérique, qu'elle revêt le plus souvent, n'est cependant pas constante; parfois irrégulière, elle devient elliptique, manque au centre, et n'existe que sur les bords (*syphilis annulaire* de Wallace).

Au bout de six semaines environ de durée, le chancre dur entre dans une dernière phase, ses bords s'affaissent et se dégorgent; les particules désorganisées qui en recouvraient le fond, où elles formaient une sorte de fausse membrane, sont éliminées ou résorbées; des bourgeons charnus apparaissent et suppurent; la cicatrisation enfin ne tarde pas à s'opérer; elle procède de la circonférence au centre de l'ulcération. La cicatrice est arrondie, légèrement déprimée; elle est quelquefois le siége d'une induration persistante, déjà signalée par J. L. Petit (1), et produite, soit par un développement exagéré de la néoplasie, soit par l'hypertrophie des glandes sudoripares. Dans certains cas, où le chancre occupe une surface cutanée, cette cicatrice présente une coloration foncée, brunâtre, sombre, bronzée, vraiment caractéristique, mais qui, avec le temps, finit en général par s'effacer, laissant à sa suite une teinte blanche qui n'a plus de signification. Cette particularité est importante à connaître au point de vue rétrospectif, et souvent elle conduit, comme l'induration, dont la survie est de quelques semaines à plusieurs années, à diagnostiquer l'existence ancienne d'un accident qui, malgré sa persistance, peut ne pas être aperçu par le malade, d'autant mieux que le chancre induré, rarement *phagédénique* ou *rongeur*, est à peu près indolent.

La cicatrisation n'est pas le seul mode de terminaison du chancre induré. Dans quelques cas, on voit, à la période terminale de l'ulcère, se développer à sa surface des bourgeons luxuriants, fongueux, végétants, mais qui n'ont rien de syphilitique. D'autres fois le chancre induré subit une véritable transformation; il se convertit sur place en papule ou plaque muqueuse. Déjà signalé par Ricord, ce dernier mode de terminaison a été l'objet de considérations intéressantes de la part de J. Davasse et Deville (2). Les caractères de la papule muqueuse se substituent à ceux du chancre, et c'en est fait de ce dernier. L'induration enfin, après s'être cicatrisée, peut s'ulcérer de nouveau, et constituer une sorte de chancre *redux*, qu'il faut se garder de confondre avec une récidive de l'accident syphilitique primitif.

Il serait sans doute téméraire de soutenir que le chancre syphilitique ne revêt d'autre forme que celles dont il vient d'être parlé. Effectivement M. le professeur Béhier a eu l'obligeance de me faire voir, dans le cours de l'année 1867, un cas qui rentre peu dans ce cadre. Un jeune homme, porteur d'un chancre phagédénique du gland, s'inocule lui-même avec

(1) *Traité des maladies des os*, chap. XV.
(2) *Archives générales de médecine*, 1845.

succès, et, peu de temps après, il est pris d'une roséole syphilitique non douteuse. Mon ami, le docteur Panas, a observé un accident semblable qui fut inoculé au porteur, et également suivi de manifestations syphilitiques. C'est là, dira-t-on, un chancre primitivement ou secondairement mixte, un chancre modifié par une irritation quelconque. Cette manière de voir est admissible; mais je trouve que la solution définitive d'une question de ce genre exige de nouveaux éclaircissements, et j'avoue que l'étude du chancre, malgré tous les soins que lui ont donnés les syphiligraphes, me paraît loin d'être entièrement faite.

Nombre et siége de l'accident primitif. — Quelle que soit sa forme, la première manifestation de la syphilis reste ordinairement solitaire, et s'il arrive qu'on rencontre sur le même individu plusieurs accidents de même sorte, plusieurs chancres indurés par exemple (1), ils sont toujours du même âge, c'est-à-dire qu'ils se sont développés simultanément ou à peu près à la même époque, et jamais par inoculations successives. La raison de cet isolement est facile à saisir; elle tient simplement à ce que le chancre syphilitique n'est pas auto-inoculable, ainsi que l'ont prouvé les observations de Clerc (2) et de plusieurs autres syphiligraphes.

L'accident initial de la syphilis n'a point de lieu d'élection; il peut se montrer sur tous les points du corps, partout où le virus aura été déposé; toutefois c'est aux organes génitaux qu'on l'observe le plus souvent. Sur un relevé de 471 chancres infectants observés chez l'homme, Fournier (3) a noté seulement 26 chancres extra-génitaux. Parmi les chancres des parties génitales, 314 étaient situés sur le gland ou le prépuce; d'autres avaient pour siége le fourreau de la verge, le méat urinaire, le scrotum, etc., enfin 17 étaient intra-uréthraux.

En raison de son siége et des théories auxquelles il a donné lieu, le chancre urétral mérite surtout notre attention. Appelé encore *chancre larvé*, cet accident a une existence incontestable : sur 300 cas de blennorrhagie, Melchior Robert prétend l'avoir observé *de visu* 7 fois; 2 fois seulement l'inoculation le lui a fait diagnostiquer; 3 fois il n'a pu le voir directement ni le démontrer par l'inoculation, mais la présence d'adénites multiples inguinales et les prodromes de la syphilis constitutionnelle lui ont permis d'établir un diagnostic rationnel.

Les vingt-six chancres extra-génitaux observés par Fournier se répartissent comme il suit : sur les lèvres 12, à l'anus 6, à la langue 3, au nez, à la paupière et à la jambe 1. Après les organes sexuels, les lèvres et la bouche sont le siége le plus habituel de l'accident primitif. Rollet a pu dire que la bouche était le principal foyer, le grand laboratoire de la syphilis secondaire; Sigmund (4) s'est appliqué à faire connaître la fréquence et les caractères du chancre syphilitique dans ces régions. Lorsque le chancre siége à la surface externe des lèvres, il ne tarde pas à fixer l'attention par la douleur qui l'accompagne; s'il siége sur la

(1) Ces accidents varient généralement entre deux et quatre, on en a trouvé six et même un plus grand nombre.

(2) *Union médicale*, 25 oct. 1855.

(3) Cité par A. Martin, Thèse de Paris, p. 62.

(4) *Ueber Schanker...* dans *Schmidt's Jahrbücher*, t. CXXII, 1864, et t. CXXXIX, p. 295.

face interne, il passe souvent inaperçu, et on ne le reconnaît que plus tard quand on recherche le siége de l'accident primitif. Les paupières, le pharynx et les amygdales n'échappent pas à la contagion syphilitique; j'ai constaté l'existence de chancres à gauche du frein de la langue et sur la luette; Martellière nous a dit avoir vu, à trois reprises différentes, dans un espace de temps assez court, ce même accident à la surface des glandes amygdaliennes (1). Jamais l'accident primitif n'a été observé dans l'œsophage, ni dans l'estomac; et si l'on en croit quelques expérimentateurs (2), il serait peu ou pas contagieux dans ces régions. Il n'en est pas de même à l'égard de la région anale, où l'on observe encore assez fréquemment des chancres de petit volume ordinairement perdus dans les plis radiés de la muqueuse. Dans tous les cas, les parties découvertes sont de préférence affectées, et en présence d'un ulcère qui persiste, le médecin doit songer à la possibilité d'un chancre syphilitique.

Chez la femme, où souvent le chancre paraît manquer au début de la syphilis, les organes génitaux sont, comme chez l'homme, le siége habituel de l'ulcération primitive. Sur 45 malades atteintes de chancres infectants, A. Martin a trouvé 33 chancres génitaux et 12 extra-génitaux. La plupart des chancres génitaux occupaient les parties génitales externes. Rarement cet accident s'est rencontré sur les parois du vagin; parfois, cependant, on a pu constater sa présence sur le col de l'utérus (3).

Suivant qu'ils occupent l'un ou l'autre de ces divers siéges, les chancres des organes génitaux de la femme présentent des différences souvent tranchées. Tandis qu'à la surface extérieure des grandes lèvres ils sont d'habitude indurés à leur base, ils se montrent le long du bord interne de ces mêmes replis sous forme de petites ulcérations plus ou moins allongées qui peu à peu finissent par se confondre. Une autre forme d'ulcère paraissant appartenir au chancre syphilitique se voit encore dans cette région, au dire de Melchior Robert; c'est une ulcération arrondie, peu profonde, à bords peu marqués, dont la surface se déterge, devient rouge et saillante. Cette variété de chancre repose assez souvent sur des tissus indurés; d'autres fois il est impossible d'y constater la moindre induration, bien que l'aine correspondante soit affectée d'adénites indolentes, et cela dans des cas où plus tard les malades présentent des accidents syphilitiques constitutionnels.

Le siége du chancre chez l'homme n'est pas non plus sans influence sur les caractères de cet accident, et particulièrement sur l'induration. Les chancres indurés les plus volumineux siégent derrière la couronne du gland; là, en effet, l'induration occupe une large partie de la muqueuse balano-préputiale. Le chancre du méat détermine dans certains cas une induration comme cartilagineuse de la presque totalité du gland.

L'induration des chancres de la face est ordinairement volumineuse. D'autres fois ce symptôme est à peine marqué, une ulcération de petite surface présente

(1) Comparez Diday, dans *Mém. de la Soc. de méd. de Lyon*, 1861-1862, p. 45.

(2) Voyez Petit-Radel, *Cours de maladies syphilitiques*, t. I, p. 20.

(3) Voyez Bernutz, *Des affections syphilitiques de l'utérus*, Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, et *Revue médic. chirurg. de Paris*, t. XVIII, p. 235, 1855. — Comparez : N. Venot, *Du chancre de l'utérus*, Journ. de Bordeaux, série VIII, p. 554. — Rollet, dans *Archives de dermatologie et de syphiligraphie*, t. II, p. 57, 1869-1870.

une induration pour ainsi dire miliaire. Ainsi on ne peut trop insister sur les nuances nombreuses que présente le chancre syphilitique.

La forme graphique de l'induration n'est pas moins variable. Si le chancre occupe en même temps des tissus différents de structure, l'induration qui le supporte est irrégulière, anfractueuse, semi-lunaire ou elliptique; dans quelques cas, elle ne s'observe qu'à la périphérie de l'ulcération, les tissus au centre restent mous et légèrement déprimés (peau de la verge, grandes lèvres).

Les membres, la face, mais surtout la bouche et l'anus, sont le siége le plus ordinaire des chancres *extra-génitaux*. En cas d'ulcération isolée de ces parties, le médecin doit soupçonner la syphilis, et cela malgré l'assurance contraire des malades. Le chancre céphalique, assez fréquent pour que j'aie pu en observer trois cas en moins d'un mois, mérite toute son attention.

Modifications et complications. — Après avoir fait connaître les caractères habituels de l'accident initial de la syphilis, il importe d'ajouter que cet accident est susceptible de modifications qui changent plus ou moins profondément sa physionomie. Distinctes des complications dont je parlerai bientôt, ces modifications surviennent chaque fois qu'une cause irritante exerce son action à la surface de l'ulcère. Celui-ci non-seulement s'enflamme et suppure, ce qui change son aspect et suffit pour faire disparaître l'induration qui est en quelque sorte un critérium spécifique, mais la sécrétion dont il est le siége acquiert des propriétés nouvelles; inoculée, elle peut amener le développement de pustules, ce qui a conduit certains esprits à admettre l'auto-inoculation du chancre syphilitique. Vésicatoires, pommades irritantes, poudre de sabine, etc., sont autant d'agents capables d'opérer ce changement. Deux malades portant, le premier un chancre induré, l'autre deux chancres également indurés, entrèrent à Lock-Hospital en juillet et août 1862 (1). H. Lee, avec le pus provenant de leurs ulcères, leur pratiqua sur divers points de la cuisse plusieurs inoculations dont le résultat fut négatif. Un petit vésicatoire fut alors appliqué sur les ulcères et pansé avec de la pommade à la sabine; une vive irritation s'ensuivit; la surface des chancres devint le siége d'une sécrétion abondante, puriforme, qui, *inoculée* comme précédemment, donna lieu à des *pustules* dont la sécrétion put même être réinoculée avec succès. A Marseille, Melchior Robert a observé des faits analogues. Des expériences du même genre faites en Norwége et en Allemagne ont fourni le même résultat. L'application d'un simple irritant à la surface d'un chancre syphilitique est donc susceptible de lui faire subir des changements notables. Ces changements, le pus d'un chancre mou déposé à la surface d'un chancre induré doit à plus forte raison les produire, et c'est en effet ce qu'ont prouvé les expériences de Rollet de Lyon et de ses principaux élèves, Laroyenne, Basset (2) et Nodet (3).

La modification qui résulte du contact du pus du chancre mou a joué un certain rôle dans la doctrine de la dualité chancreuse. Rollet lui a donné le nom de *chancre mixte* à cause de son origine et sans doute aussi parce

(1) *The Lancet*, 13 sept. 1862.
(2) *De la simultanéité des maladies vénér.* Thèse de Paris, 1860.
(3) *Études clin. et expériment. sur les diverses espèces de chancre*. Thèse de Montpellier, 1863.

qu'elle possède la propriété de transmettre une double affection. Elle a été produite, dès l'abord, dans les conditions que voici : « Un chancre induré du méat avec adénites multiples est inoculé sans résultat ; le pus d'un chancre simple y est ensuite déposé, et cinq jours après, une seconde inoculation développe la pustule chancreuse (1). » Reproduit dans plusieurs expériences tentées par Laroyenne et Basset, le chancre mixte a été obtenu à l'aide des mêmes procédés, tant en Angleterre qu'en Allemagne. Le fait que voici, rapporté par Lindwurm, est en rapport avec ce qui précède : « Chancre de la rainure avec adénites multiples et base indurée. On inocule le malade au bras avec le pus de son chancre, le résultat est négatif. Après inoculation à l'autre bras avec du pus de chancre simple, il y eut un chancre simple, avec le pus duquel on inocula la surface du chancre induré. Deux jours après, le chancre induré suppura beaucoup, se creusa ; on réinocula le malade avec le nouveau pus ; le résultat donna un chancre simple. » Les mêmes expériences faites à Marseille par Melchior Robert n'ont pas toujours réussi. « Il nous a été impossible, dit cet auteur, dans quelques circonstances, et quelle que fût l'énergie du pus employé, d'inoculer la surface du chancre induré (2). »

De ces expériences variées, répétées par des observateurs nombreux, ressort néanmoins ce fait important, que le pus d'un chancre mou appliqué à la surface d'un chancre induré modifie profondément cet ulcère. Celui-ci suppure, se creuse peu à peu, et perd plus ou moins son cachet primitif, en même temps qu'il devient inoculable à l'individu qui le porte. De là à la formation accidentelle, il n'y a qu'un pas. Nul doute que la contagion naturelle ne vienne, en de certaines circonstances, produire ce même effet ; mais faut-il admettre, avec Rollet et son école, qu'on a affaire à un chancre mixte toutes les fois qu'un chancre mou en apparence est suivi des symptômes constitutionnels, ou qu'un chancre induré est réinoculable, qu'il a une incubation précoce ou qu'il est escorté de bubon suppuré ? C'est là, à notre avis, une manière de voir qui n'est pas encore suffisamment justifiée.

La *gangrène* et le *phagédénisme* sont à peu près les seules complications de l'accident syphilitique primitif ; l'inflammation est au moins fort rare, puisqu'il faut admettre, aujourd'hui, que les prétendus abcès (3) observés dans l'épaisseur des parties indurées n'étaient pas formés de pus, mais seulement des débris des éléments constitutifs du néoplasme syphilitique arrivé à son stade de régression. De même, c'était un tort de croire à la suppuration des tumeurs gommeuses. Le phimosis ou le paraphimosis complique rarement le chancre infectant ; mais lorsqu'il survient, la peau et la muqueuse préputiales deviennent pâles et mamelonnées ; le toucher, sans provoquer de douleur vive, donne au doigt une sensation particulière, jusqu'à un certain point comparable à celle de l'œdème dur de l'éléphantiasis des Arabes.

La *gangrène* qui complique le chancre syphilitique apparaît ordinairement dans le cours de l'ulcération. La surface de la plaie, auparavant rouge ou grisâtre, s'assombrit un peu et devient le siége de petits points ecchymotiques

(1) Laroyenne, *Annales des malad. de la peau et de la syphilis*. Lyon, 1859.
(2) Melchior Robert, *Nouveau Traité prat. des malad. vénér.*, p. 263. Paris, 1861.
(3) A. Martin, *De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle*, Thèse de Paris, p. 49 ; et *Gazette des hôpitaux*, p. 451, 1864.

foncés ; la sensibilité s'exagère ; la sécrétion est sanieuse et contient des débris de tissu avec quelques petits filets de sang noirâtre ; l'ulcération s'agrandit et détruit de proche en proche les tissus indurés ; cependant, cette destruction se fait lentement et atteint très-rarement la limite des tissus normaux. Le pourtour du chancre est assez souvent rouge, enflammé, et cette inflammation retentit sur les ganglions déjà indurés au point de leur imprimer, dans quelques cas, un mouvement fluxionnaire qui peut aller jusqu'à la suppuration. Une fois les causes écartées, cette complication disparaît sous l'influence d'un traitement approprié ; la surface du chancre perd sa couleur violacée, des bourgeons de bonne nature se montrent, et la cicatrisation se fait rapidement.

L'ulcération syphilitique primitive, atteinte de *phagédénisme*, présente une forme plus ou moins irrégulière, des bords livides, découpés et décollés, une base peu indurée, mais œdémateuse, un fond inégal, habituellement recouvert d'une matière jaune ou grisâtre, sinon d'une sanie purulente mélangée de détritus organiques. Le propre de cette complication est de s'étendre en surface plutôt qu'en profondeur, et principalement aux tissus homogènes. Une sensation de douleur, de cuisson ou de brûlure accompagne ce nouvel état. Dans ces conditions, le diagnostic du chancre syphilitique est de la plus grande difficulté. Par exception seulement, le phagédénisme produit des pertes de substance un peu considérables, et se propage aux ganglions.

Les excès de boissons alcooliques dans les saisons chaudes, les climats chauds, les habitations malsaines, une mauvaise alimentation, le défaut de propreté, l'abus du mercure, les différents états cachectiques, sont les causes principales des complications ci-dessus décrites. En Angleterre, l'action de l'alcool, dans la production de ces accidents, est tellement marquée, qu'on a pu appeler quelques-uns de ces ulcères du nom d'œnophagédéniques (1).

La blennorrhagie, maladie contagieuse distincte. — La doctrine de la syphilis d'emblée, c'est-à-dire sans lésion locale primitive. — L'opinion professée pour la première fois en 1767, par Balfour, savoir : que la gonorrhée et la vérole sont deux maladies distinctes, adoptée par Ellis, C. Tode, A. Duncan, B. Bell, Bosquillon, et plus tard par Hernandez (2) et plusieurs chirurgiens militaires anglais, tels que Mac-Gregor, Hennen, Guthrie, etc., contrôlée et vérifiée par les expériences de Ricord, et depuis par les expériences de Rollet, est aujourd'hui un fait trop clairement démontré pour laisser place au moindre doute. Dès l'instant que le pus blennorrhagique n'est pas inoculable, qu'il ne produit que rarement, et seulement dans des cas exceptionnels, des ulcérations chancreuses (3), à quoi bon vouloir soutenir encore que la blennorrhagie peut engendrer la syphilis ou être simplement l'un des accidents initiaux de cette maladie? N'est-il donc pas préférable et plus logique de croire

(1) Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 3e édit., Paris, 1863, p. 256.

(2) Hernandez, *Essai analytique contre la nature syphilitique de la gonorrhée dite virulente*. Toulon, 1812.

(3) Dans un cas où Hunter pratiqua l'inoculation du pus blennorrhagique, il en est résulté une ulcération. Hernandez a plusieurs fois répété l'expérience de Hunter, toujours sans succès. Sur 85 cas de blennorrhagie qui se sont présentés à mon observation, dit Ricord (*Traité prat. des maladies vénér.*), 4 ont été constatés de nature syphilitique (chancres larvés) par l'inoculation qui a produit des chancres, 80 blennorrhagies n'ont produit aucun résultat. Dans un cas, les résultats de l'inoculation n'ont point été signalés,

que les prétendus cas d'infection syphilitique non précédée de chancre, mais d'un simple écoulement blennorrhagique, ont été l'objet d'une fausse interprétation, soit que l'accident primitif ait passé inaperçu, qu'il y ait eu, comme le veut Ricord, un chancre larvé ou uréthral, ou que primitivement la syphilis ne se soit manifestée par aucune lésion locale, et que d'emblée aient apparu les affections consécutives?

Quoique de vieille date, la doctrine de la syphilis *d'emblée* mérite de nous arrêter. George Vella (1), l'un des premiers syphiligraphes qui l'aient développée, croyait que dans les cas où on ne trouve aucune lésion des parties génitales, le virus déposé sur elles a été absorbé sans produire aucune modification locale..... « Non est necesse membrum illud pati solutionem continuitatis; nam mala complexio putredinalis non corrosiva potest insensibiliter et furtive ingredi in porositatibus carnis et, post certum tempus, imprimere ægritudinem, totum corpus manifeste lædentem. » Admise par G. Fallope, A. Matthiole, A. Lecoq et Thierry de Héry, cette théorie, repoussée par Fernel, a été reprise par Fabre, qui a cherché à l'appuyer de faits à la vérité fort peu concluants, empruntés en partie à J. L. Petit. De nouveau abandonnée, elle a été présentée sous une nouvelle face par un chirurgien des plus distingués, le docteur Cusco (2).

Il est de fait qu'on voit un grand nombre d'individus, attentifs du reste, affectés de syphilis sans qu'ils se soient jamais aperçus d'aucun accident primitif, si ce n'est parfois d'une blennorrhagie plus ou moins ancienne.

En pareil cas, le champ des hypothèses est vaste; quelques médecins accusent simplement l'incurie des malades, d'autres aiment à croire à l'existence d'un chancre larvé uréthral, quelques-uns enfin pensent que la blennorrhagie (3) a pu être le point de départ de la syphilis; mais il peut arriver qu'aucune de ces hypothèses ne soit vraie. Le chancre uréthral est en somme un accident rare; nous savons ce qu'il faut croire de la blennorrhagie en tant qu'accident initial de la syphilis, et la négligence personnelle d'un individu doit être bien grande pour qu'il laisse inaperçu un accident qui a rarement moins d'un mois de durée.

Pourquoi donc ne pas admettre que le phénomène initial puisse faire défaut de la même façon que, plus tard, on voit parfois manquer les affections secondaires ou tertiaires? C'est encore là une hypothèse, dira-t-on; mais elle est tout aussi acceptable que les précédentes. Depuis qu'il est prouvé que le chancre n'est plus la cause, mais la première manifestation symptomatique de la syphilis, cette hypothèse a du moins pour elle l'analogie.

A l'époque où l'inoculation de la variole était vulgairement pratiquée, Valentin ayant inoculé une jeune fille aux deux bras, huit jours après il n'y avait aucune trace de piqûres. Il réinocula; le soir même, fièvre, et trois jours plus tard éruption générale discrète, sans que les secondes piqûres aient présenté aucune marque d'éruption. Dans la vaccine (4), comme dans la variole, le bouton

(1) *De morbo gallico opusculum*, cap. 1, dans Luisinus, *Aphrodisiacus*, p. 208.
(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1862, p. 253, 269, 301.
(3) Voyez G. Lagneau, *Archiv. de méd.*, 1856, t. 1, p. 323.
(4) Voyez Bousquet, *Nouveau Traité de la vaccine des affections varioleuses ou varioliformes*, Paris, 1848.

d'inoculation peut faire défaut. Les recherches expérimentales de Chauveau (1) nous ont donné l'explication de ce fait, en montrant que le virus vaccin ou variolique, injecté dans les vaisseaux, ne donne lieu à aucun accident local. Or, il semble possible que la syphilis puisse, dans certaines conditions, se développer de la même façon, c'est-à-dire sans aucune manifestation primitive; mais avant d'être affirmatif sur ce point, il convient d'interroger les faits. Nous devons avouer à cet égard que le peu d'observations connues ne nous ont pas paru suffisamment probantes (2). Le fait suivant, que nous avons pu suivre dans ses détails, et qui nous a engagé dans les considérations qui précèdent, fixera tout au moins l'attention sur une question qui en définitive ne manque pas d'un certain intérêt clinique :

Obs. II.—Mme X..., âgée de trente ans, me présenta, sur la fin d'octobre 1859, un enfant de six ans qui arrivait de nourrice, et qui avait sur tout le corps une syphilide papuleuse des plus manifestes. Mme X..., la mère de cet enfant, n'avait jamais souffert, pas plus que son mari, du plus léger accident syphilitique. Désireux de connaître la cause de la maladie de l'enfant, j'examinai avec soin l'anus; outre qu'il était bordé d'une couronne de plaques muqueuses, cet orifice présentait une dilatation évidente infundibuliforme. Dans la bouche, on trouvait seulement quelques rares plaques muqueuses. Je prévins Mme X... de la maladie de son enfant et du danger auquel elle s'exposait en continuant de l'embrasser. Tous les huit ou quinze jours, Mme X... m'amenait son enfant auquel j'avais administré un traitement spécifique; jamais elle ne se plaignait de la moindre souffrance. La mère de cette dame étant tombée malade, je fus appelé à la soigner, et de cette façon je pus voir Mme X... plus souvent encore. Le 25 janvier, peu de jours après la mort de sa mère, cette dame ressentit un malaise inaccoutumé; quelques jours plus tard, elle éprouva un sentiment de courbature générale, une douleur à la région dorsale gauche, un mal de gorge accompagné d'une toux légère. A cet état s'ajoutèrent bientôt des douleurs violentes à la région du cou, dans l'épaule gauche et la plupart des articulations. Le sommeil, ordinairement bon, devint difficile et agité. Le 2 février, je suis consulté, la malade accuse simplement du malaise et des douleurs : *infusion de tilleul, extrait thébaïque* 0,05, *sinapismes*.

Aucune amélioration ne survint, mais sensation de battements dans les tempes, à l'estomac et en plusieurs autres endroits, palpitations cardiaques violentes. Le 17 février, cette malade prend un bain sulfureux, et le lendemain elle s'aperçoit de l'existence, à la surface de la peau, d'un nombre assez grand de petits boutons d'un rouge brunâtre. Je reconnus qu'il s'agissait d'une infection syphilitique, j'étais en présence d'une syphilis papuleuse. J'examinai avec soin toute la surface cutanée, la gorge et les parties génitales, j'interrogeai la patiente dans le but d'arriver à découvrir le point de départ de l'infection; mais ce fut en vain : la malade, très-soigneuse d'elle-même, ne s'était aperçue de quoi que ce soit, et pour mon compte je ne pus arriver à découvrir non-seulement une ulcération, mais pas même une cicatrice. De ce jour, un traitement mercuriel prescrit fut exactement suivi. Le 15 mars, l'éruption s'effaçait, et les symptômes précurseurs avaient à peu près entièrement disparu. Le traitement fut continué durant trois mois. Le 22 août, ulcération profonde de l'amygdale gauche, exostoses aux avant-bras. Le traitement est repris. En 1863, gommes de la peau et céphalée persistante; en 1868, exostose frontale. Mme X... a eu deux enfants, depuis sa maladie. Le premier, né en 1861, est un peu hébété; le second, né en 1868, se porte bien.

Jamais, dans le cours des accidents secondaires de sa maladie, cette dame n'a

(1) Chauveau, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 11 sept.; et *Gaz. des hôpitaux*, 423, 1866.

(2) Outre les observations apportées par Fabre, *Traité des maladies vénériennes*, page 8, 3e édit., Paris, 1778, on peut consulter trois faits consignés dans le remarquable ouvrage de Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, p. 116, 121 et 122, Paris, 1852.

présenté de plaques muqueuses aux parties génitales; le mari a pu continuer ses relations conjugales sans éprouver le moindre accident.

Cette observation, malgré la critique dont elle a été l'objet, m'a paru digne de figurer encore dans ce travail. En effet, fort des expériences de Chauveau qui tendent à faire croire que le virus syphilitique injecté dans le sang ne doit donner lieu à aucune manifestation locale, et certain que ma malade n'a présenté aucun accident local durable, je persiste à penser que ce fait n'est pas sans intérêt. Toutefois, je suis d'avis que si la syphilis d'emblée est possible, elle est au moins rare et exceptionnelle.

Afin de mieux faire ressortir les caractères de l'accident primitif; je vais décrire le chancre vénérien.

CHANCRE VÉNÉRIEN.

SYNONYMIE : Chancre simple, chancre mou, chancre non infectant ou suppurant, chancroïde, chancrelle.

L'accident que servent à dénommer ces différents synonymes, généralement appelé *chancre mou* et que nous désignons sous le nom de *chancre vénérien*, est depuis longtemps connu et décrit. Mais l'a-t-il été avant ou après le chancre induré? C'est là un point difficile à décider, et probablement ces deux ordres d'accidents ont existé depuis les temps les plus reculés. On trouve en effet, dans les auteurs anciens, à côté de passages qui paraîtraient se rapporter au chancre induré, des descriptions notoires du chancre mou.

Hippocrate remarque que certains ulcères des parties génitales s'accompagnent de bubons. Celse (1) divise ces ulcères génitaux en *secs* et *purs*, *humides* et *purulents*. Il décrit en outre le phimosis et le paraphimosis, complications fréquentes de l'accident qui nous occupe.

De même Dioscoride (2), Galien (3), Marcellus Empiricus (4), Actius (5), Paul d'Égine (6) parlent de certains ulcères génitaux qui ne sont très-vraisemblablement que des chancres mous. L'école arabe est loin d'être muette sur ce point; Mesue (7), Avicenne (8), Avenzoar (9), et surtout Albucasis (10), traitent tout au long de ces accidents.

Les médecins du moyen âge, et entre autres Guillaume de Salicet, Arnaud de Villeneuve, Guy de Chauliac, Valescus de Tarente, Argelata (11), ne se contentent pas de faire mention des ulcères de la verge et des bubons inguinaux, ils leur assignent pour cause un commerce impur.

(1) *Loc. cit.*, liv. V et VI.

(2) Dioscoridis *Opera*. Nicandri *Theriaca et Alexipharmaca cum scholiis*, édit. d'Ant. Sarazin (Saracenus), Francfort, 1598, l. I, c. 34, p. 24.

(3) *Opera* per J. Cornarium, Basil., 1549, finit. med. 18, p. 189 et 190.

(4) *De medicamentis*, c. 32, p. 391.

(5) *Loc. cit.*, l. XIV, c. 14, p. 16.

(6) *De re medica*, III, 59, p. 478. Basil., 1532.

(7) *Opera divi Joannis Mesuæ*, summ. III, part. IV, s. 1, c. 12. Lyon, 1533.

(8) *Canon medicinæ*, l. III, fen. XX, tract. 1, c. 2, p. 652. Basil., 1556.

(9) *Theizir*, lib. II, tract. IV, c. 3, fol. 83. Lugd., 1531.

(10) *Liber theor. nec non pract. Alsaharavii*, etc., tract. XXII, c. 2, 3, 4, fol. 95. Augsbourg, 1519.

(11) Voyez, pour les indications bibliographiques, *la syphilis au moyen âge*, dans notre Historique.

Après l'épidemie du XVe siècle, plusieurs syphiligraphes, Marcellus Cumanus, Jean de Vigo, Benedictus, etc. (1), savaient distinguer certains ulcères génitaux des manifestations de la maladie prétendue nouvelle, la syphilis de Fracastor. Mais bientôt G. Vella, N. Massa, Lecoq, jetèrent la confusion sur ce point nosographique et firent passer l'erreur dans bien des esprits. Bon nombre d'auteurs regardèrent alors le chancre mou et les bubons suppurés comme des symptômes de la syphilis constitutionnelle. Toutefois, même à cette époque, on considère comme moins graves les ulcères génitaux qui ne sont pas accompagnés de dureté.

Hunter, qui, plus que ses devanciers, insista sur les caractères spécifiques du chancre induré, pense qu'il y a des symptômes primitifs qui ne sont pas spécifiques, et il se fonde sur ce fait qu'ils sont aggravés par le mercure. Adams et Abernethy développèrent les idées de Hunter. Carmichaël (2), étonné de voir, en dépit de leur apparence, de leurs caractères et de leurs signes distinctifs, confondre tous les ulcères des parties génitales sous le nom de *syphilis*, propose d'appeler *maladies vénériennes* les affections des organes génitaux produites par un coït impur, et de réserver le nom de *syphilis* au chancre huntérien et aux accidents consécutifs. Ce hardi syphiligraphe n'hésite pas à admettre la pluralité des virus: «..... il serait absurde de dire, en thèse générale (ce sont ses propres paroles), que le virus est toujours le même et que la variété des formes qu'il revêt dépend toujours de la constitution des individus..... si la pluralité des virus est démontrée par la variété des ulcères primitifs, elle l'est aussi par le grand nombre des éruptions constitutionnelles. » Cependant Carmichaël ne regarde comme vraiment syphilitiques et devant être traités par le mercure que les chancres indurés et leurs suites constitutionnelles. Ricord (3) distingue le chancre simple, qu'il rattache à la constitution du sujet, du chancre induré et des accidents consécutifs, pour lesquels il réserve aussi le traitement mercuriel.

En 1852, Bassereau, faisant appel à l'observation clinique et à des considérations historiques imposantes, admet deux espèces distinctes de chancre, l'un *induré* et ordinairement suivi d'accidents, l'autre *non induré*, affection purement *locale*. Puis, à l'aide de la confrontation réitérée des malades infectés et de ceux qui leur ont donné le mal, il parvient à établir que chacun de ces accidents provient d'un chancre de même nature (4).

Plus tard et par la même méthode, Clerc (5) et A. Fournier (6) démontrent que le chancre mou se transmet uniquement dans son espèce. Ricord, Puche, Poisson et Nadau arrivent enfin par de nombreuses inoculations à cette conclusion, que le chancre induré n'est pas auto-inoculable plus de deux fois sur cent.

(1) Voyez *Aphrodisiacus* de Luisinus.

(2) *An Essay on the venereal diseases*. Dublin, 1814; 2e édit., 1825.

(3) *Traité pratique des maladies vénériennes, ou Recherches critiques et expérimentales sur l'inoculation*. Paris, 1838.

(4) *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*. Paris, 1852.

(5) *Moniteur des hôpitaux*, 1854.

(6) *De la contagion syphilitique*. Paris, 1857. — Comparez thèses inaugurales de Dron, *Du double virus syphilitique*, Paris, 1856; de Chabalier, *Preuves historiques de la pluralité des maladies vénériennes*, Paris. 1860.

Des expériences pratiquées par Rollet et Laroyenne (1) donnent un résultat peu différent, 6 pour 100. Préoccupé de cette exception à la règle et désireux de savoir si c'était bien en qualité d'ulcère syphilitique que l'accident s'inoculait au porteur, Rollet reconnut, contrairement à ce qu'enseignent les faits d'inoculation artificielle syphilitique à des sujets vierges, que chez les personnes contaminées par le chancre mou il n'y avait jamais d'incubation, et que l'accident d'inoculation se manifestait toujours primitivement par une pustule. Alors fut posée la question de savoir si les chancres syphilitiques ainsi inoculables n'étaient pas un mélange de chancre simple et de chancre infectant, et fut conçue l'idée du *chancre mixte*. Cet accident, dont nous avons déjà parlé, ne peut évidemment constituer une espèce nouvelle; mais il n'en est pas moins très-important à connaître, puisqu'il vient donner une explication satisfaisante d'un certain nombre de faits en apparence exceptionnels ou contradictoires.

Siége et fréquence relative. — Tout point du corps peut devenir le siége d'un chancre mou; mais, comme les organes génitaux sont, plus que les autres régions, exposés au contact de la matière virulente, ils en sont aussi le plus fréquemment atteints; chez l'homme, c'est le gland et le prépuce; chez la femme, la face interne des grandes et des petites lèvres. Sur deux cent vingt-deux observations prises au hasard, Melchior Robert a trouvé cent quatre-vingt-huit chancres siégeant dans la sphère des organes génitaux, vingt-cinq en dehors de cette sphère, et neuf cas douteux. Jusqu'à ces derniers temps, on ne connaissait pas de faits bien authentiques établissant le siége de cet accident à la tête. En 1857, Rollet inocula sur l'apophyse mastoïde d'un vieillard cancéreux le pus d'un chancre mou, et il obtint deux ulcérations qui présentaient tous les caractères de cet accident. Ces ulcérations furent détruites le septième jour; plus tard, on n'observa aucun symptôme constitutionnel (2).

En 1858, Huebbenet, de Kieff, inocula également, avec le pus d'un chancre simple, un individu vierge de syphilis; une ulcération molle avec bubon suppuré en fut la conséquence (3). Enfin Bassereau, Buzenet (4), Puche, Nadau des Islets (5), Melchior Robert, ont transplanté à volonté le pus du chancre simple dans les différentes régions de la face où l'on n'avait jamais observé que le chancre induré.

Ainsi, plus de doute qu'on ne puisse artificiellement produire à la région céphalique la variété molle de l'ulcère chancreux. Le fait est incontestable. Mais pourquoi observe-t-on si rarement ce chancre à la face? Il est difficile d'admettre qu'il n'y ait là qu'une simple question de terrain, et l'on est tenté de croire, avec Rollet, que le chancre induré est bien plus fréquent à la tête,

(1) Rollet, *loc. cit.*, p. 105. — Comparez H. Auspitz, *Uber den gemischten Schanker*, Wien. med. Wochenschr. XVI, 13, 14, 15, 1866.

(2) *Gaz. méd. de Lyon*, 31 déc. 1857.

(3) *Recherches et expériences sur la syphilis*, mémoire lu à la Société des médecins de Kieff. *Union méd.*, 1858, p. 233. — *Die Beobachtung und das Experiment in der Syphilis*. Leipzig, 1859.

(4) Thèse de Paris, 1858.

(5) *De l'inoculation du chancre mou à la région céphalique*. Thèse de Paris, 1858.

parce qu'il reconnaît le plus habituellement pour cause les accidents secondaires si communs à la face.

Des statistiques prouvent péremptoirement qu'on observe plus souvent le chancre mou que le chancre induré. Sur 10 000 chancres, Puche a trouvé :

Chancres indurés	1,955
Chancres mous	8,045

Sur 341 chancres, Fournier a vu :

Chancres indurés	126
Chancres mous	215

Caractères objectifs. — Les cas nombreux d'inoculation du chancre mou ont permis d'observer et de suivre exactement les différentes phases de son évolution. Contrairement au chancre induré, il se développe en général dans un laps de temps fort court, au bout de deux ou trois jours. Dans les premières vingt-quatre heures, le point piqué devient rouge et s'entoure d'une petite auréole inflammatoire, puis survient une tuméfaction légère, apparaît ensuite une vésico-pustule et enfin une pustule analogue à celle de l'ecthyma. Ce mode de développement, qui appartient le plus ordinairement aux inoculations artificielles, s'observe aussi à la suite d'un coït infectant.

A ce premier état succède une ulcération plus ou moins profonde qui occupe toute l'épaisseur ou seulement une partie de la muqueuse ou de la peau, et dont il importe de bien préciser les caractères. Elle est le plus souvent arrondie, malgré une tendance marquée à envahir les tissus voisins ; son étendue varie de plusieurs millimètres à quelques centimètres ; ses bords sont nettement taillés à pic comme à l'emporte-pièce, légèrement décollés et quelquefois renversés en dehors. Examinés à la loupe, ils présentent de petites dentelures qui circonscrivent un cercle rouge inflammatoire. Le fond de l'ulcère est inégal, recouvert d'une matière jaunâtre ou grisâtre, sale et plus ou moins épaisse, constituée en grande partie par du pus. Une coupe perpendiculaire de ce chancre, vue au microscope, laisse voir les tissus plus ou moins détruits et infiltrés de globules de pus granuleux. Ce pus, sécrété en abondance, est virulent, contagieux au plus haut degré, jusqu'au moment où la plaie se modifie et où la cicatrisation s'opère.

La base du chancre simple présente ordinairement la même souplesse que les tissus voisins, et si parfois elle est le siége d'un empâtement plus ou moins résistant au toucher, jamais du moins elle n'offre cette induration élastique, indolente, chondroïde du chancre infectant. Le dépôt de certains topiques à la surface de cet ulcère peut néanmoins modifier les caractères d'induration de la base et devenir une cause d'erreur qu'il est bon de connaître.

La consistance, la forme et l'étendue du chancre mou sont d'ailleurs susceptibles de varier, soit avec le siége du mal, soit en vertu de conditions particulières à l'individu malade, et alors un seul signe pathognomonique persiste, c'est l'inoculabilité au porteur du produit de sécrétion.

Le chancre vénérien est le plus souvent multiple d'emblée, ou bien, primitivement unique, il se multiplie plus tard par des inoculations successives. Certains malades ont pu présenter jusqu'à 15 et 20 chancres de cette nature ;

d'ailleurs il peut s'inoculer aussi souvent qu'on le voudra; Lindmann a obtenu sur lui-même plus de 2200 inoculations primitives (Ricord).

Sur	Chancres simples.....	254
Ricord (1) a trouvé....	Chancres simples uniques.....	48
	Chancres simples multiples.....	206

Ce chancre ne retentit pas fatalement et nécessairement sur les ganglions; aussi l'absence d'adénopathies doit être considérée comme un de ses caractères les plus importants; et quand les glandes lymphatiques n'échappent pas à son influence, un seul ganglion est ordinairement pris qui, dès le début, devient douloureux et présente tous les caractères d'une phlegmasie suppurative.

Marche, durée et terminaison. — La marche du chancre simple est continue et progressive; il a de la tendance à envahir et à détruire les tissus voisins et par conséquent à creuser de plus en plus. Au bout d'un espace de temps difficile à préciser, mais qui dépasse rarement la quatrième semaine, l'ulcère cesse de s'étendre, son fond se déterge, sa surface se couvre de bourgeons charnus rouges ou rosés, lesquels sécrètent un pus jaune de bon aloi. La rougeur et la tuméfaction disparaissent, l'ulcère contagieux se dépouille de ses caractères spécifiques et se transforme en une plaie simple; bientôt arrive la cicatrisation, qui marche de la circonférence vers le centre, et laisse une cicatrice blanche plus ou moins profonde, sans induration.

Complications. — Plus fréquentes lorsqu'il s'agit du chancre mou que dans les cas de chancre induré, les complications sont toujours l'inflammation, le phagédénisme et la gangrène, plus certaines productions pultacées auxquelles on applique à tort le nom de diphthérite.

L'inflammation simple n'a d'importance que par l'induration qu'elle détermine à la base du chancre et l'erreur qui peut en résulter. Une observation attentive, les renseignements fournis par le malade, l'absence d'adénopathies multiples et indolentes, la disparition rapide de l'induration, viendront bientôt éclairer le diagnostic.

La *gangrène* se manifeste d'ordinaire pendant les premiers jours de l'existence du chancre. Un cercle d'un rouge plus ou moins vif circonscrit l'ulcère, dont la surface se tuméfie, se couvre de petits points brunâtres, et sécrète un pus terne ou rouillé; le cercle devient de plus en plus profond, les parties inscrites prennent une teinte grise ou brunâtre et finissent par se détacher. L'escharc, plus ou moins épaisse, s'étend sur une partie du prépuce, quelquefois sur une portion du gland, et laisse à sa suite des désordres considérables.

Le *phagédénisme* qui complique le chancre mou diffère moins par ses caractères que par son étendue de celui qui survient parfois dans le chancre induré. L'ulcération, dans ce cas, ne s'arrête pas toujours à la couche de tissu cellulo-sous-cutané, elle s'étend aussi bien en profondeur qu'en surface, elle

(1) *Leçons sur le chancre*, 2e édit., p. 34.

met à nu les aponévroses, les vaisseaux, les nerfs et même jusqu'au tissu osseux.

Le *phimosis* peut s'ajouter à l'un ou à l'autre de ces états; la muqueuse et la peau sont rouges et excoriées, la suppuration est abondante et le toucher très-douloureux. Le *paraphimosis*, dans certains cas, vient aussi compliquer le chancre mou.

« L'état *diphthéritique* et *pultacé*, dit Melchior Robert (p. 333), se présente sous deux formes : la forme pultacée et la forme pseudo-membraneuse, toutes deux procédant d'une même cause et pouvant se grouper sur la même plaie. Celle-ci, dans la première de ces formes, présente une analogie frappante avec la pourriture d'hôpital, et par le fait les chancres pultacés diffèrent peu des plaies compliquées de cette pourriture. Le fond de l'ulcération est jaunâtre, tomenteux, recouvert d'une matière pulpeuse mêlée de stries sanguines. Ses bords irréguliers, frangés, ont une teinte violacée, les tissus voisins sont œdémateux; en même temps le malade ressent des douleurs, il perd l'appétit et éprouve une fièvre souvent intense. Dans la forme pseudo-membraneuse, l'ulcère est tapissé d'une fausse membrane qui lui adhère plus ou moins intimement. Il a un aspect jaunâtre et ne sécrète qu'une petite quantité de matière séreuse. Épaissie, desséchée dans certains cas, la production morbide adhère fortement au fond de la plaie, qui peut rester stationnaire pendant très-longtemps sans s'étendre ni se rapetisser. Les alcalis attaquent ce produit de sécrétion, qui ne subit, en général, sous l'influence des acides, qu'un simple racornissement. La présence des productions membraneuses ou pultacées à la surface d'un chancre rend très-souvent ce dernier insensible aux agents extérieurs et même à la cautérisation. »

Ici se termine l'étude nosographique du chancre mou, chancre suppurant ou vénérien, que nous avons à dessein rapprochée de celle du chancre dur, chancre non suppurant ou syphilitique. Nous connaissons ces deux accidents avec leurs analogies et leurs différences, et ainsi le moment est venu de chercher la relation qui peut les unir. Existe-t-il entre le *chancre mou* et la *syphilis* un rapport de causalité? ce chancre est-il vis-à-vis de cette maladie une affection distincte, tout à fait séparable? Telle est la question grosse de débats et de difficultés qui se présente naturellement à notre examen et dont la solution, bien qu'elle ne manque pas d'importance, offre cependant un intérêt plutôt doctrinal que pratique.

Deux doctrines sont en présence, le *dualisme* et l'*unitéisme*, qui ont toutes les deux la prétention de reposer sur l'expérimentation et l'observation clinique.

Les partisans du dualisme, c'est-à-dire de l'indépendance des deux maladies, invoquent à l'appui de leur opinion une différence tranchée dans les symptômes, la marche et l'évolution des deux ordres d'accidents, et de là ils induisent une différence de nature. Au point de vue de l'origine, chacune de ces maladies se transmet dans son espèce; eu égard à l'incubation, tandis que la lésion locale de la syphilis ne se manifeste pas avant deux ou trois semaines, le chancre mou apparaît pour ainsi dire immédiatement après la contagion. Celui-ci commence par une vésico-pustule, il se montre sous la forme d'une ulcération profonde, à bords déchiquetés, taillés à pic, et ne s'accompagne jamais d'induration spécifique : il est indéfiniment réinoculable au porteur;

celle-là débute par une saillie papuleuse, elle revêt les caractères d'une ulcération à bords peu sensibles, inclinés vers le fond, s'accompagne toujours d'une induration spécifique, et n'est pas réinoculable. Le chancre mou donne lieu à des adénites ou lymphites aiguës, phlegmoneuses, suppurant le plus souvent et fournissant dans quelques cas un pus inoculable; avec le chancre syphilitique coexistent toujours des adénites multiples, indolentes, dures, élastiques et n'ayant aucune tendance à la suppuration. Le chancre mou enfin n'est jamais suivi d'infection constitutionnelle.

Évidemment, on ne peut contester l'importance de ces dissemblances, dont un certain nombre sont admises par les défenseurs mêmes de l'unitéisme. Toutefois, pour soutenir leur doctrine, ces derniers prétendent que le chancre mou est quelquefois suivi de syphilis constitutionnelle (1), et que si la plupart du temps il se transmet dans son espèce, il peut arriver aussi qu'il engendre l'accident initial de la syphilis et réciproquement. Examinons chacun de ces points successivement.

1° *Le chancre mou est quelquefois suivi de syphilis constitutionnelle.* — Les faits invoqués à l'appui de cette assertion sont malheureusement incomplets et trop peu détaillés pour être démonstratifs; en effet, les auteurs, au lieu de faire connaître les caractères de ce chancre, se contentent de dire, le plus souvent, comme Melchior Robert (2), que cet accident, qu'ils accusent d'avoir produit la syphilis, manque de l'*induration* caractéristique. Sans doute, ce caractère faisant défaut, il faut en tenir compte; mais cela n'est pas suffisant pour qu'on puisse affirmer la nature non syphilitique de l'ulcération. Nous accepterions cette affirmation, si à côté de cette simple assertion, qu'il y avait absence d'induration, les auteurs nous décrivaient les moindres détails de l'ulcère incriminé. Ajoutons que, dans quelques cas, chancre vénérien et chancre syphilitique peuvent être contractés simultanément. Le chancre mou se développe d'abord, et plus tard, lorsque cet accident est sur le point de se cicatriser ou peu après sa cicatrisation, apparaît l'induration caractéristique du chancre dur. J'ai vu un fait de ce genre (3), et l'observation III d'un mémoire publié aujourd'hui même par notre collègue Vidal (4) en est évidemment un autre. Les faits de ce genre, d'une observation délicate, sont à tort regardés comme des chancres mous suivis de syphilis constitutionnelle. Il suffit de les observer attentivement pour remarquer que le changement dans le caractère de l'ulcère se produit généralement après l'espace de temps nécessaire à l'incubation du chancre syphilitique.

(1) Quelques médecins, peu renseignés sur l'évolution naturelle de la syphilis, objectent même qu'il est des chancres indurés qui ne sont pas suivis d'accidents constitutionnels.

(2) *Nouveau Traité des maladies vénériennes*, 1861, p. 560.

(3) Ce fait a trait à un jeune homme de vingt-quatre ans, qui, quatre à cinq jours après un coït suspect, vit apparaître d'abord un premier, puis un second chancre, tous deux suppurants. Vingt-cinq jours plus tard survint, au moment de la cicatrisation de ces accidents, un troisième chancre qui ne creusa pas comme eux et resta superficiel. Deux mois plus tard apparaissaient les manifestations consécutives. Il est certain que dans ce cas le malade avait contracté tout à la fois un chancre mou ou vénérien et un chancre syphilitique.

(4) E. Vidal, *Contribution à l'étude de la syphilis constitutionnelle ayant pour accident initial le chancre mou*; Ann. de dermatologie et de syphiligraphie, t. IV, p. 81, 1872-1873. Comparez : J. B. Coppée, *Sur l'unité du virus chancreux*, Presse méd. belge, XVIII, 13, 1866. — Gailleton, Gaz. méd. de Lyon, et Gaz. méd. de Paris, p. 561, 1867. — J. Wunderwald, *Fälle von secund. Syphilis nach weichen Schanker*, In. Diss. Leipzig, 1868, et Schm. Jahrb., t. 143, p. 296. — L. Dittrich, *Über syphilis*, Schmidt's Jahrb., t. 141, p. 40.

2° *Le chancre mou peut transmettre un chancre induré.* — Les faits (1) qui viennent à l'appui de cette thèse, assez peu nombreux d'ailleurs, n'échappent pas au reproche ci-dessus formulé; ils manquent de détails, car si l'on y trouve l'indication d'un chancre simple, d'un chancre sans induration, il n'y est nullement fait mention des caractères précis de cet accident, et, en somme, rien ne prouve qu'il s'agisse dans ces cas d'un chancre mou, c'est-à-dire d'un ulcère profond à bords taillés à pic, suppurant, plutôt que d'une érosion chancreuse par exemple. Au lieu d'attacher à l'induration une importance trop absolue, et de se contenter de signaler l'absence de ce symptôme, il serait préférable, à notre avis, pour défendre l'unitéisme, de faire la description exacte de l'accident observé; le chancre mou présente en effet des caractères plus nets, plus tranchés, plus spécifiques peut-être, que ne le sont ceux du chancre syphilitique. Les faits qui n'offrent pas ces garanties d'exactitude n'ont aucune valeur démonstrative. Enfin, avant d'accepter l'hypothèse de la genèse d'un chancre induré par le chancre mou, il faut encore discuter la question de savoir si l'accident contagieux n'était pas un chancre mixte.

3° *Le chancre mou peut dériver du chancre induré.* — Cette dernière proposition mérite, selon nous, un examen beaucoup plus sérieux que les deux précédentes; sur elle principalement pivote aujourd'hui la doctrine de l'unitéisme. Des faits cliniques et expérimentaux interviennent ici; voyons quelle valeur il convient de leur accorder.

Vu la difficulté de l'observation en pareille matière, on nous accordera que les faits cliniques ont incontestablement moins d'importance que les faits expérimentaux, et qu'ils n'ont de valeur absolue qu'autant qu'ils peuvent être reproduits à la pointe de la lancette. En voici deux qui paraissent plaider en faveur de l'unitéisme :

M. D..., âgé de dix-huit ans, ayant pour seuls accidents vénériens une blennorrhagie ordinaire, gagna, de la seule femme avec laquelle il eut des rapports, des chancres simples siégeant sur le bord du prépuce avec adénopathie subaiguë unilatérale. La femme, examinée, présentait des chancres à base légèrement engorgée, une syphilide exanthématique, une céphalée nocturne, plus tard une éruption palmaire, des croûtes impétigineuses en dépit du traitement. Quant au jeune malade, ses chancres restèrent mous; il ne fit aucun traitement et ne vit se développer aucun symptôme de la syphilis constitutionnelle. (Melchior Robert, *Faits et considérations à l'appui de l'unicité du virus chancreux*. Broch. in-8°, Marseille, 1859.)

Mme R... fut atteinte, à la suite de rapports antiphysiques, de sept chancres siégeant autour de l'anus, larges, à fond grisâtre, à bords découpés et décollés, entourés d'une auréole inflammatoire, présentant tous les symptômes de chancres phagédéniques serpigineux. Cette malade n'a jamais eu la syphilis constitutionnelle et n'en a présenté depuis aucun symptôme.

Le mari, qui était l'auteur de la contamination, portait un chancre induré avec adénite inguinale double, et depuis il eut, malgré le traitement, plusieurs des accidents graves de la syphilis. (*Ibid.*, p. 116.)

Des faits du même genre ont été publiés par Langlebert (2), par Rey (3) et

(1) Voyez, pour la plupart de ces faits, le *Traité des maladies vénériennes* de Langlebert, p. 344.

(2) *Loc. cit.*, p. 351 et 356, obs. V et obs. VI.

(3) *Annuaire de la syphilis*, 1859, p. 83. Lyon.

par Cullerier (1). Si ces faits sont exacts et bien observés, nécessairement l'expérimentation doit fournir des résultats identiques. Quel est donc son contrôle? En Angleterre, H. Lee (2) parvient, à l'aide de l'irritation par les vésicatoires et la poudre de sabine, à rendre auto-inoculables des ulcères syphilitiques (chancres indurés) qui jusque-là n'avaient pu être inoculés au porteur. L'accident qu'il détermine n'est pas un chancre induré; est-il un chancre mou, ainsi qu'on a pu le prétendre? Je n'en crois rien, puisque l'expérimentateur dont il s'agit signale simplement l'apparition de vésico-pustules qui, de nouveau inoculées, ont donné lieu à des accidents passagers sans tendance bien marquée à l'ulcération. En Norwége, Bœck (3) de Christiania, Bidenkap (4), son élève, et Hjort prétendent qu'il est possible de produire des chancres mous à l'aide de la sécrétion modifiée du chancre induré; mais les faits qu'ils donnent à l'appui de cette assertion ne paraissent pas devoir entraîner la conviction, et rien ne prouve qu'en certains cas ils ne se soient pas mépris sur la nature réelle de l'accident qui a servi de point de départ à leur expérimentation. Il n'est pas mieux démontré, d'ailleurs, que l'on doive regarder comme identiques avec le chancre mou tous les accidents qui sont résultés de leurs inoculations. Semblables expériences, répétées par Bidenkap, à l'hôpital du Midi, dans le service de Follin, n'ont produit aucun des résultats annoncés.

Les expériences pratiquées en France par Melchior Robert sont passibles des objections que nous adressons à celles des médecins suédois. Mais, dira-t-on, ces objections tombent en partie devant les faits rapportés par H. Kobner. Cet expérimentateur est parvenu à inoculer au porteur, non plus la sécrétion des chancres, mais celle des plaques muqueuses. Ici, en effet, on ne peut supposer qu'il y ait erreur de diagnostic touchant la lésion qui a servi à l'inoculation. Toutefois, si l'on interroge les observations de Kobner (5), il est difficile de voir un chancre mou avec tous ses caractères dans le résultat des inoculations pratiquées par cet auteur. Les pustules qu'il est arrivé à produire paraissent n'avoir qu'une lointaine analogie avec le chancre vénérien, et si elles ont pu être parfois réinoculées de façon à donner lieu à des ulcérations plus ou moins profondes, elles n'ont jamais présenté ni l'ensemble des caractères ni l'évolution de ce chancre; de sorte que rien n'autorise à considérer ces produits d'inoculation comme identiques avec le chancre mou, d'autant mieux qu'il est assez vraisemblable que toute espèce de liquide irritant, le pus surtout, arriverait à produire, chez les individus en puissance de syphilis secondaire principalement, des désordres anatomiques du genre de ceux dont il s'agit. Cette expérience que nous réclamions, lors de notre première édition, a été tentée. Un syphiligraphe distingué de Londres, H. Lee, est parvenu, par l'inoculation du pus ordinaire pris sur un enfant, à produire chez un sujet syphilitique une pustule qui persistait encore après 14 et 15 jours, entourée d'une auréole rouge,

1) *Précis iconographique des maladies vénériennes*, p. 35.

2) *Lectures on syphilitic inoculation*, The Lancet, 13 sept. 1862, p. 275.

(3) *Recherches sur la syphilis*, Christiania, 1862, p. 65.

(4) *Aperçu des différentes méthodes de traitement employées à l'hôpital de Christiania contre la syphilis constitutionnelle*. Christiania, 1863; et *Gaz. des hôpitaux*, p. 535, 1864.

5) *Klinische und experimentelle Mittheilungen aus der Dermatologie und Syphilidologie*, Erlangen, 1864, p. 77 et suiv.

et parfaitement semblable à celles qu'on obtient par l'inoculation de chancres suppurants (1). En résumé, les faits cliniques qui tendent à prouver que le chancre mou peut dériver du chancre induré ou d'un accident syphilitique quelconque, n'ont pas, à l'heure qu'il est, reçu la sanction de l'expérimentation, et il n'est pas possible d'en tirer des déductions rigoureuses.

L'analogie est, dans la question qui nous occupe, un argument que l'on n'a pas manqué de faire valoir, mais qui, en définitive, n'a qu'une importance médiocre. Un instant j'avais été entraîné vers l'unitéisme par ce fait que, dans les maladies virulentes qui symptomatiquement se rapprochent le plus de la syphilis, la variole (2), le cow-pox (3), la vaccine (4) et la clavelée (5), il existe à côté de la vraie pustule initiale une fausse pustule, différente de la précédente, et par ses caractères objectifs, et par la durée de son incubation, et par son évolution. Mais un examen attentif de ces fausses pustules n'a pu nous convaincre qu'elles constituassent un accident spécial indéfiniment transmissible par inoculation comme le chancre mou (6); elles nous ont paru n'être que le résultat de l'introduction sous l'épiderme d'un corps produisant une irritation analogue à celle que l'on détermine par l'auto-inoculation des plaques muqueuses et du chancre induré qui suppure artificiellement.

De toute cette discussion nécessitée par l'état des connaissances relatives au sujet que nous traitons, on peut déduire les conclusions que voici :

1° Il n'est pas prouvé qu'un simple ulcère profond, suppurant, à bords taillés à pic, qu'un chancre mou en un mot, ait été, dans aucun cas, l'accident initial de la syphilis constitutionnelle.

2° Il n'est pas mieux démontré que cette même affection ait jamais pu transmettre un chancre induré et la syphilis.

3° Enfin, les observations cliniques qui tendent à faire admettre que, dans des conditions données, le chancre mou puisse dériver du chancre induré, n'ayant pas encore été confirmées par l'expérimentation, nous ne pensons pas qu'on soit autorisé à reconnaître l'existence d'un rapport véritable entre le chancre mou et la syphilis.

Si l'on nous démontrait clairement que le virus syphilitique est susceptible d'être modifié, de dégénérer de telle sorte que, dans certaines conditions, il puisse engendrer le chancre mou, immédiatement nous deviendrions partisan de l'unitéisme. En attendant, nous croirons que dans le cadre des maladies vénériennes doivent se ranger trois ordres de maladies, trois espèces distinctes, qui sont : la *blennorrhagie*, le *chancre vénérien* et la *syphilis*.

(1) H. Lee, Société médico-chirurgicale de Londres, et *Gaz. des hôpitaux*, 1867, p. 365.

(2) Gandocher de Foigny, *Traité pratique de l'inoculation*, p. 318. Nancy et Paris, 1768.

(3) Citation de Jenner, par Husson, dans *Recherches historiques et médicales sur la vaccine*. Paris, 1803.

(4) *Rapport sur la vaccine*, par la Commission méd.-chir. de Milan, trad. fr. de Heurteloup, p. 21. Paris, 1802.

(5) Voyez Hurtrel d'Arboval, *Traité de la clavelée, de la vaccination et de la clavelisation des bêtes à laine*, § VI, p. 231. Paris, 1822.

(6) Cette transmissibilité indéfinie, si l'on tient compte des expériences de Chauveau tendant à établir la non-transformation du virus, est encore une preuve à l'appui de la doctrine que nous défendons.

§ 2. — Bubons et lymphangites.

BIBLIOGRAPHIE. — JOS. HERMANN, *Die syphilisch. Drüsenerkrankung*. Wien. Med. Halle, IV, 40, 41, 43, 48, 49. — A. BARAILLER, *De l'adénopathie vénérienne*. Thèse de Paris, 1854. — Emile SALNEUVE, *De la valeur sémiologique des affections ganglionnaires*. Thèse de Paris, 1852. — DELPECH, *Des bubons vénériens*. Thèse de Montpellier, 1855. — REBOUL, *Des adénites vénériennes*. Thèse de Paris, 1857. — NAYRAND, *Des adénites inguinales et de leur importance dans les maladies vénériennes*. Thèse de Paris, 1862. — SIGMUND, *Die chronische Schwellung der Lymphdrüsen bei Syphilis in pathologischer und therapeutischer Beziehung*. Wien. Med. Wochenschrift, n°s 22, 23, 25, 1859. — Le même, dans Wien. med. Wochenschr. XVII, 14, 1867. — All. FOURNIER, *Du bubon syphilitique*, Gaz. des Hôpitaux, 474, etc., 1866. — R. CAMPANA, *Études cliniques sur les adénopathies syphilitiques*, Ann. de dermat. et de syphiligraphie, t. III, p. 392. — DIDAY, *Du bubon mixte*, même journal, t. III, p. 81. Voyez, en outre, beaucoup des travaux indiqués ci-dessus, *Bibliographie du chancre*.

Bubons. — Par le mot *bubon* (βουβών, aine), on entend une altération avec tuméfaction des ganglions lymphatiques. Cette dénomination (1), que nous conservons uniquement à cause de son ancienneté, sera plusieurs fois, dans le cours de ce travail, remplacée par le mot *adénopathie*, qui paraît préférable en ce qu'il fait connaître d'une façon plus exacte quel est l'organe lésé.

Chaque période de la maladie qui nous occupe a ses bubons spéciaux ; profonds et viscéraux dans la dernière, ils sont superficiels ou sous-cutanés dans les deux périodes d'éruption locale et d'éruption générale, avec cette différence toutefois, que dans la première de ces périodes, au lieu de se généraliser, ils restent bornés à la région lymphatique correspondant à l'altération primitive. C'est de ces derniers uniquement qu'il va être question.

Au moyen âge (2) et même dans l'antiquité, on connaissait le bubon suppuré et la coexistence des abcès de l'aine avec l'ulcère des parties génitales ; mais les bubons froids et indolents de la syphilis paraissent avoir été à peu près complétement ignorés jusqu'à la fin du XVe siècle. Gaspard Torella rapporte l'un des premiers faits peut-être d'une affection du système lymphatique concomitante du chancre induré : c'est celle d'un homme qui, après des rapports avec une femme malade, vit venir sur le pénis un ulcère virulent de mauvais aspect et accompagné d'une dureté qui s'étendait comme les rayons d'une roue vers les aines. Villalobos (1498) fait mention de l'adénite inguinale. Marcel de Côme en parle comme il suit : « Ego Marcellus Cumanus infinitos bubones causatos ex pustulis virgæ et ex nimia fatigatione et labore curavi (3). » Mais à cette époque et dans les années qui suivirent, le bubon suppuré n'était généralement pas considéré comme une manifestation du mal français. Nicolas Massa, l'un des premiers, en fit un symptôme de cette maladie ; néanmoins, comme l'a remarqué Bassereau, il ne put échapper à l'esprit de cet observateur que les ulcères qui sont suivis de bubons suppurés ne sont pas ordinairement ceux à la suite desquels on voit se dérouler les phénomènes de l'infection consécutive. « Il paraît très-souvent à la verge, dit Massa, des

(1) Le mot *bubon* désigne, dans Hippocrate (*Epid.*, liv. VII), les ganglions lymphatiques eux-mêmes, ou tout au plus une tuméfaction de ces ganglions. Galien (*Méth. méd.*, lib. XIII, cap. v) l'emploie en parlant des tumeurs des ganglions lymphatiques.

(2) Guillaume de Salicet, *loc. cit.* Voy. Historique, p. 16.

(3) *Aphrodisiacus* de Gruner, p. 52, obs. VII.

ulcères malins, calleux, opiniâtres, et il vient des pustules autour des parties honteuses ; cela est suivi de tumeurs aux aines, qui emportent le mal, *si elles suppurent* surtout depuis le commencement. »

Ant. Lecoq (1), quoique partageant les mêmes opinions, tient à cet égard un langage plus explicite encore : « Quelquefois le virus, dit-il, se jette sur les aines et en tuméfie les glandes ; si la tumeur *suppure*, c'est souvent un bien. Cette maladie s'appelle bubon, d'autres la nomment *poulain*, par un trait de raillerie contre ceux qui en sont attaqués, d'autant qu'ils marchent en écartant les jambes comme s'ils étaient à cheval. »

Cette même pensée et la distinction qu'elle établit se retrouve dans les écrits d'un grand nombre d'auteurs de l'époque, et en particulier dans ceux de Thierry de Héry et d'Ambr. Paré (2). Thierry de Héry n'était pas seulement édifié sur la valeur séméiotique du bubon suppuré, il connaissait encore la signification pathologique du bubon dur et indolent : « Bien est vrai, dit-il (3), que les plus certains signes de la vérole sont quand après ou pendant les ulcères des parties honteuses (spécialement calleux et durs en leurs racines) apparaissent tumeurs aux aynes, qui s'en retournent dedans le corps *sans suppurer*. »

De même encore Guillaume Rondelet écrit que les bubons rétrocédés ou indurés et sans tendance à la suppuration sont les signes certains d'une syphilis générale imminente : « Si qui dolores omoplatæ, clavicularum et sterni..... patiantur, præcesseritque exulceratio in mentula intra vel extra, et bubones venerei, qui non profluxerint, sed retrocesserint vel indurati sint, eos morbo gallico laborare certo, et intrepide, etiamsi negent, affirmare possumus (4). » Plus tard, les bubons sont décrits par la plupart des syphiligraphes ; mais trop souvent, peut-être, ceux-ci ne tiennent pas suffisamment compte de la distinction importante établie par leurs devanciers et du progrès accompli.

« Les bubons vénériens, dit Astruc (5), sont des tumeurs des glandes lymphatiques des aines, douloureuses, dures, résistantes, qui viennent difficilement à suppuration et qui sont produites, médiatement ou immédiatement, par un commerce impur. »

Cet auteur admet des bubons phlegmoneux, œdémateux et squirrheux, suivant qu'ils ont une forme inflammatoire, œdémateuse ou d'induration indolente. Swediaur établit une distinction importante entre les bubons *idiopathiques* et les bubons *sympathiques*. Les premiers sont produits par l'absorption médiate ou immédiate du virus vénérien, tandis que les seconds proviennent simplement de l'irritation qui existe à l'extrémité des vaisseaux lymphatiques. Il admet en outre des bubons secondaires, ou produits par une syphilis constitutionnelle, et accepte le bubon d'emblée.

Lagneau divise les bubons vénériens en primitifs, consecutifs ou secondaires, et en constitutionnels. Ricord enfin distingue, à l'exemple des médecins anciens, le bubon sympathique ou virulent du chancre mou des bubons durs et froids qui appartiennent au chancre induré, et cette distinction justement

(1) *De ligno sancto non permiscendo opus*, cap. I, in *Aphrodis.*, p. 462, Paris, 1540.
(2) *Œuvres complètes*, édition Malgaigne. Paris, 1840.
(3) *Méthode curatoire de la maladie vénérienne*, édition de 1660, p. 33.
(4) *De morbo gallico*, § *de signis morbi gallici incipientis*, dans *Aphrodis.*, p. 938
(5) *Traité des malad. vénér.*, édit. Louis, 1777, p. 253.

acceptée par la plupart des syphiligraphes modernes nous paraît parfaitement exacte. Ainsi les adénopathies concomitantes des altérations ci-dessus décrites se présentent sous trois formes :

1° Adénite simple ; 2° adénite virulente ou d'absorption ; 3° adénopathie mixte ou indurée.

1° *Adénite simple.* — Sans liaison aucune avec la maladie syphilitique, si ce n'est par la plaie légère qui appartient à l'accident primitif, l'adénopathie aigue simple est relativement plus fréquente comme phénomène consécutif dans les cas de chancre mou, et cela se conçoit facilement, si l'on se rappelle que ce chancre se trouve constitué par une ulcération à large surface, tout à fait favorable à une résorption, tandis que la lésion initiale de la syphilis, souvent à peine ulcérée et nullement suppurative, est peu propre à l'absorption. C'est en général durant la période du chancre que se manifeste l'adénite en question, quelquefois cependant à une époque assez éloignée de son début pour qu'on ne retrouve plus trace de l'accident primitif.

Cette adénite ne diffère pas notablement de l'adénite ordinaire. Tantôt toute la pléiade ganglionnaire d'un seul ou des deux côtés subit l'influence de la cause irritante, les ganglions tuméfiés donnent au toucher la sensation de petits corps arrondis ou ovales, libres sous la peau, et là se borne toute l'altération ; tantôt, l'un des ganglions seulement, en communication plus directe sans doute avec la partie malade, se tuméfie de plus en plus, jusqu'à acquérir un volume double ou triple, refoulant et effaçant tous ceux qui l'entourent ; douloureux, il cause une gêne plus ou moins grande, il est accompagné d'embarras gastrique et d'un état fébrile plus ou moins intense. Dans ces conditions, la peau reste normale et la résolution s'opère ; ou bien, rouge et congestionnée, elle finit par adhérer intimement au ganglion ; celui-ci présente moins de résistance vers la partie centrale, l'épiderme se détache, la peau devient violacée et éclate pour donner issue au pus, si l'on ne pratique une ouverture artificielle. Quelquefois, après la suppuration d'un des ganglions, une ou plusieurs autres glandes lymphatiques se mettent à suppurer de la même façon, ce qui constitue une complication d'autant plus fâcheuse que le plus souvent ces différents foyers se réunissent par des trajets sous-cutanés et entretiennent une suppuration abondante, difficilement tarissable.

Cette adénopathie est la seule que l'on observe indépendamment d'une lésion locale, c'est à elle par conséquent qu'il convient de rapporter les bubons d'emblée si communs dans les contrées chaudes.

Bubon d'emblée. — On appelle ainsi une lésion ganglionnaire de l'aine, survenant indépendamment de toute affection des parties génitales. Objet de discussions plus ou moins vives, le bubon d'*emblée*, dont Hunter admettait l'existence, a eu pour principaux défenseurs Lagneau, Vidal (de Cassis) et Castelnau. Lagneau a cherché à montrer que cet accident n'était pas de date récente ; mais les faits qu'il invoque à l'appui de cette manière de voir, empruntés à Astruc, Fallope, Swediaur, Bertrandi, sont loin d'avoir une valeur scientifique rigoureuse. Vidal croit au bubon d'emblée, dont il cite des exemples, et rappelle

des faits observés par Reynaud de Toulon et Gibert (1), Mordret du Mans (2), Bertrand (3), Schutzenberger (4), Baumès (5), ont publié quelques cas qui tendent à faire admettre ce genre d'accident. Castelnau (6), dans une étude approfondie du sujet, a fait connaître trois nouvelles observations. Les faits qu'il rapporte sont malheureusement discutables, ou parce que l'examen des parties génitales a été incomplet ou trop retardé, ou parce que les antécédents des malades n'ont pas été soigneusement notés. Toutefois, on ne peut nier qu'il n'existe des bubons vénériens sans chancre préalable.

Diday (7), après avoir soumis à une critique sérieuse la doctrine des bubons d'emblée, admet, en s'appuyant sur un assez grand nombre de faits, que ces accidents n'ont aucune qualité virulente, que leur incubation est longue, et leur durée d'environ un mois ; une inflammation médiocre, un malaise et une fièvre relativement intense les accompagnent. Mais tous ces caractères, il est facile de le voir, ne diffèrent pas de ceux de l'adénite simple ; le bubon dont il s'agit n'est conséquemment autre chose que cette affection sans ulcération préalable, influencée par la localité et surtout par la température et les miasmes propres à certains pays tropicaux, et peut-être tenant, dans plusieurs cas, à des excès de coït, de même qu'elle survient à la suite d'une marche forcée ou d'un traumatisme quelconque.

2° *Adénite virulente, adénopathie du chancre mou.* — Le chancre mou parcourt le plus souvent toutes ses périodes sans amener le moindre retentissement sur les ganglions voisins ; dans un certain nombre de cas pourtant, 65 fois sur 207 cas (Ricord), survient dans le cours de cet accident, ou peu de temps après sa disparition, une adénite aiguë essentiellement monoganglionnaire, presque fatalement suppurative et qui fournit un pus virulent, inoculable comme celui du chancre qui l'a produite. Les ulcérations molles du frein, du limbe du prépuce et du méat urinaire, sont, en vertu de la grande richesse lymphatique de ces régions, tout particulièrement disposées au développement de cette adénite. Bien qu'elle puisse apparaître à toutes les périodes de l'existence du chancre, celle-ci cependant ne se montre pas en général avant la fin du premier septénaire, les chancres étant jusque-là doublés d'un tissu enflammé qui s'oppose à leur absorption. Purement inflammatoire à son début, cette adénopathie ne subit que plus tard, suivant quelques auteurs (Melchior Robert), le contact du virus absorbé, qui la transforme en adénite virulente ; ce serait une véritable superfétation dans laquelle le dernier germe se développerait au détriment du premier.

Le bubon dont il s'agit, monoganglionnaire toutes les fois que le chancre est isolé et n'occupe pas la ligne médiane, affecte, comme l'a vu Hunter, les ganglions superficiels sans jamais atteindre les glandes lymphatiques profondes. Rarement les vaisseaux lymphatiques participent à l'altération ; mais si

(1) *Traité des maladies vénériennes*, 1855, p. 252.
(2) *Recueil périodique de la Société de médecine de Paris*, août 1829.
(3) *Précis des maladies vénériennes*, t. I, p. 30.
(4) *Mémoires de la Société médicale de Strasbourg*, t. I, p. 92.
(5) *Précis théorique et pratique des maladies vénériennes*, t. I, p. 30.
(6) *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 38.
(7) *Nouvelles doctrines sur la syphilis*, p. 186.

parfois ils subissent l'action du virus, on les voit s'enflammer en même temps que le tissu cellulaire qui leur sert de gangue. De là, formation d'un phlegmon dont l'ouverture laisse une plaie qui prend bientôt tous les caractères du chancre mou.

Le travail phlegmasique ganglionnaire marche en général avec une grande rapidité et aboutit fatalement à la suppuration. Jusque-là l'adénopathie virulente diffère peu de l'adenite simple ; mais l'abcès une fois ouvert, la plaie revêt tôt ou tard l'aspect caractéristique du chancre d'où elle dérive ; de plus, elle présente les mêmes propriétés d'inoculation et peut subir les mêmes déviations. Le pus qu'elle sécrète est en effet inoculable au même degré que celui du chancre mou.

Cependant, les choses se passent quelquefois différemment, et l'adénite peut, par sa présence, donner lieu à un phlegmon périphérique dont le pus n'est pas inoculable. « J'ai rencontré, dit Ricord (1), des cas dans lesquels les ganglions infectés, sorte de kystes virulents, étaient disséqués et mis à nu par la fonte phlegmoneuse périphérique ; je pouvais alors inoculer le pus d'*entourage* sans résultat, ouvrir ensuite le ganglion et obtenir un pus à action spécifique. » On conçoit que si, dans ces conditions, l'ouverture de la collection purulente se fait spontanément, la suppuration du début puisse n'être pas inoculable tout d'abord et tant que résistera la coque ganglionnaire.

Le *diagnostic* de l'adénite qui nous occupe est ordinairement facile, en raison des caractères qu'affectent en général les bords et les parois du foyer en suppuration. C'est qu'en effet, au lieu de se rétrécir peu à peu, et de manifester une tendance vers la cicatrisation comme dans l'adénite simple, l'ouverture s'arrondit, s'élargit par suite d'inoculations successives et d'une ulcération progressive, de façon à prendre, dans certains cas, des proportions considérables. Recouvert ou non d'une portion de peau percée de trous, le fond de cet ulcère présente en général un aspect grisâtre, et sécrète un pus séreux ou sanguinolent, différent de la suppuration homogène du véritable phlegmon.

La plupart des complications du chancre mou peuvent atteindre le bubon virulent ; l'une des plus fréquentes est le *phagédénisme*, dont les dégâts sont tellement effroyables, dans certains cas, que les muscles, les vaisseaux et les nerfs se trouvent disséqués, les membres privés de leur enveloppe cutanée, et les malades minés par une suppuration trop souvent intarissable. Tel est le bubon du chancre mou. De même que l'affection d'où elle dérive, cette adénite a, dans l'immense majorité des cas, un caractère qui indique qu'il n'y a pas d'infection constitutionnelle consécutive : en cela elle a une signification séméiotique tout à fait opposée à celle du bubon indolent de la syphilis.

3° *Bubon indolent, adénopathies multiples indolentes, indurées, mixtes. Bubon spécifique ; vrai bubon syphilitique.* — Acolyte ordinaire et pour ainsi dire obligé de l'accident syphilitique primitif, cette variété d'adénopathie se présente avec des caractères particuliers justement qualifiés de l'épithète de spécifiques, puisqu'ils ne s'observent en réalité que dans le cours de l'infection constitutionnelle. Elle se montre d'une façon presque constante, car les cas se comp-

(1) *Lettres sur la syphilis*. 3e édit. Paris, 1863, p. 325.

tent dans lesquels on a pu noter son absence, et elle apparaît en même temps que l'induration du chancre, ou mieux dans le premier ou le second septénaire à dater de son début ; de plus, elle est multiple, dure, indolente, non accompagnée de réaction inflammatoire, et si, par hasard, un des ganglions affectés vient à suppurer, le produit de suppuration n'est jamais inoculable.

Concomitante de chacune des variétés de l'accident initial de la syphilis, cette adénopathie a un siège variable, toujours en rapport avec celui de la lésion à laquelle elle est intimement liée. Dans l'aine, où on la trouve le plus fréquemment, elle peut occuper les deux côtés à la fois, à cause sans doute de l'entre-croisement sur la ligne médiane des vaisseaux lymphatiques de cette région, car cette double action n'a pas ordinairement lieu avec un chancre d'un autre point du corps, à moins qu'il ne soit très-rapproché de la ligne médiane.

D'abord simple tension ganglionnaire, indolente et fréquemment ignorée du malade, le bubon spécifique, arrivé à son complet développement, consiste en une tuméfaction relativement peu considérable, ferme, remarquablement dure, d'un seul et le plus souvent de l'ensemble des ganglions situés dans l'atmosphère lymphatique qui circonscrit la lésion locale. Ces ganglions constituent alors autant de tumeurs petites, ne dépassant guère le volume d'une aveline, arrondies ou ovalaires, résistantes, élastiques, mobiles sur les parties qui les entourent et indépendantes les unes des autres. Situées sous la peau, qui conserve sa coloration normale, et dans un tissu cellulaire sain, ces tumeurs, complétement indolentes, rappellent au doigt qui les presse la sensation que donne l'induration du chancre syphilitique. Elles sont en général de même grosseur, mais parfois on trouve un ganglion plus volumineux, en relation plus directe avec la lésion initiale. Ce ganglion (ganglion anatomique de Ricord), qui occupe le point central, et autour duquel les autres ganglions forment comme autant de satellites, est de préférence appelé à suppurer lorsqu'une cause vient à modifier la surface de l'ulcère primitif, et, à plus forte raison, quand ce dernier passe lui-même à la suppuration.

C'est là une première cause de suppuration des bubons syphilitiques, la constitution et les habitudes du malade en sont une autre. Chez les individus à constitution strumeuse, les ganglions, au lieu de rester petits et durs, prennent parfois un développement plus grand en même temps qu'ils donnent lieu à une sensation de mollesse plus marquée. Les excès de coït, les marches forcées peuvent de même changer la nature du bubon spécifique ; mais, dans tous les cas, la suppuration est assez rare pour que Melchior Robert (1) ne l'ait observée que 5 fois sur 33 cas ; et comme le pus n'est pas inoculable, la plaie d'ouverture se referme rapidement. Une exception doit être faite cependant pour les cas où un chancre mou vient à s'inoculer sur un chancre dur, et pour ceux dans lesquels la sécrétion du chancre syphilitique se trouve modifiée par un agent irritant ou par le phagédénisme. La coexistence des deux ordres d'accidents étant possible, on conçoit que les diverses espèces d'adénites puissent se rencontrer simultanément sans qu'il y ait lieu d'en être surpris. Il n'en est pas moins vrai que des lois fixes et

(1) *Nouveau Traité des maladies vénériennes*, Paris, 1861, p. 420.

inexorables régissent tous ces accidents, et si l'on a pu en contester la rigueur, c'est uniquement parce qu'on n'a pas toujours su saisir les circonstances qui donnent lieu à ce qu'on appelle trop fréquemment une exception. Les conditions particulières et les influences tout à fait étrangères à la syphilis mises de côté, on peut établir que jamais le bubon spécifique ne suppure.

Remarquable par sa ténacité, cet accident survit dans la majorité des cas à la lésion initiale, il persiste des mois ou même des années après la cicatrisation de cette dernière, et il se retrouve lorsque depuis longtemps déjà il n'y a plus trace d'induration chancreuse. Cette circonstance importante n'est pas sans utilité pratique, elle peut mettre sur la voie d'une syphilis constitutionnelle inconnue ou cachée. La résolution est le mode de terminaison ordinaire du bubon spécifique ; mais on ignore si toujours en pareil cas les glandes lymphatiques reprennent leurs fonctions normales.

Au point de vue du *diagnostic*, l'adénite simple inflammatoire ne pouvant, à cause de son caractère d'acuité, être confondue avec le bubon syphilitique, les altérations ganglionnaires strumeuses ou cancéreuses sont seules susceptibles de prêter à l'erreur et de donner le change. Si l'adénopathie cancéreuse secondaire n'offre aucune difficulté sérieuse de diagnostic, il n'en est pas de même du cancer primitivement développé au sein des ganglions ; toutefois c'est là une affection rare, qui se distingue par sa marche progressive, par le changement de consistance de la partie malade, les douleurs dont elle est le siége, et, à une certaine période, par un état violacé particulier, sinon par l'ulcération de la peau qui la recouvre, l'apparition et les progrès de la cachexie cancéreuse. Les lésions ganglionnaires de la scrofulose s'observent principalement chez les individus doués d'un tempérament lymphatique ; elles ont pour siége de prédilection les glandes lymphatiques des régions cervicale et sous-maxillaire, rarement les ganglions inguinaux ; elles forment des masses plus ou moins considérables, constituées par une agglomération de ganglions volumineux, d'une consistance ordinairement molle, avec tendance à une suppuration froide, de longue durée, généralement suivie de trajets fistuleux plus ou moins étendus. Le bubon spécifique est par lui-même sans gravité ; cependant il ne faut pas oublier qu'il est l'indice certain d'une infection syphilitique.

Lymphangites. — Les vaisseaux lymphatiques qui servent de trait d'union entre l'accident initial et les bubons ne sont pas toujours exempts d'un certain degré d'altération. Ils peuvent présenter les diverses modifications qui se rattachent aux ganglions eux-mêmes, et ainsi il y a lieu d'admettre : 1° une lymphangite simple ; 2° une lymphangite virulente ou mieux vénérienne ; 3° une lymphangite syphilitique.

La lymphangite syphilitique seulement mérite de nous arrêter. Bien connue depuis les travaux de Sœmmerring, de Vacca Berlinghieri, de Ricord et de Bassereau, elle est caractérisée par la présence de petits cordons durs, indolents, élastiques, noueux, renflés sur quelques points de leur étendue, suivant la direction des vaisseaux lymphatiques, et mobiles sous le tégument qui reste sain à leur niveau. Ces cordons, ainsi que Bassereau a pu s'en assurer dans un cas, sont formés par les parois mêmes des vaisseaux lymphatiques, épaissies et indurées par une inflammation adhésive, analogue en tout point à celle que

ne manquent jamais de présenter les ganglions correspondants. C'est donc avec raison qu'on peut donner à cette altération le nom de lymphangite spécifique. Sa marche d'ailleurs est lente ; sa durée est de plusieurs mois ; la résolution est sa terminaison habituelle ; elle ne suppure jamais, à moins de complication de l'accident initial. C'est vraisemblablement à une lymphangite diffuse ou des réseaux lymphatiques qu'il convient d'attribuer certaines indurations circonscrites et assez semblables à l'induration primitive qui parfois se produisent dans le voisinage de cette dernière.

État général de l'économie dans le cours de l'accident primitif. — Les lésions locales ci-dessus étudiées ne sont pas toujours les seuls désordres qu'imprime à l'organisme l'agent morbide syphilitique. Si bien des fois, les individus contaminés ne manifestent aucun trouble général, il est des cas cependant où ces malades éprouvent du malaise, de la fatigue, de la courbature, une faiblesse inaccoutumée, des douleurs vagues, des palpitations, une décoloration marquée des téguments, un sentiment d'inquiétude et de tristesse, et où enfin ils présentent des bruits de souffle vasculaire et tous les symptômes de la chloro-anémie, y compris la modification du liquide sanguin. Les recherches pleines d'intérêt de Ricord et Grassi ont fourni sur ce point des données importantes (1). De ces recherches il résulte que pendant le cours du chancre induré, qu'il y ait ou non syphilide concomitante, le sang subit une altération qui se traduit par une diminution dans la quantité des globules et une augmentation dans la proportion de l'albumine. Au lieu de $\frac{140}{1000}$ qui, d'après Becquerel et Rodier, serait la proportion moyenne des globules sanguins chez l'homme, Grassi a constaté dans la période du chancre syphilitique une diminution telle, que cette proportion n'était plus, dans certains cas, que de $\frac{48 \text{ à } 60}{1000}$. Il était intéressant de savoir ce que devenait le sang des malades affectés de chancres simples ; or, l'analyse du liquide sanguin dans cette condition a démontré ce fait important, que ce liquide ne subit aucun changement appréciable. Par conséquent, avec le chancre simple, le sang reste pur ; avec le chancre induré, il est plus ou moins profondément vicié. Mais à quoi tiennent ces différences, comment les interpréter dans l'état actuel des connaissances physiologico-pathologiques ? Cette question, difficile à résoudre, est cependant abordable ; la traiter ici serait nous exposer à des redites, et nous préférons la renvoyer au chapitre où nous nous occuperons de l'étude des altérations des glandes vasculaires sanguines.

§ 3. — Diagnostic et pronostic de la syphilis à la période d'éruption locale.

A cette période, malgré les données que nous possédons, le diagnostic de la syphilis met souvent en échec le jugement des praticiens les plus consommés. Faut-il s'en étonner ? nullement. Faut-il s'en plaindre ? pas absolument ; car, dans la majorité des cas, il n'en résulte aucune indication thérapeutique générale immédiate.

Deux signes d'une importance majeure et sans la réunion desquels il ne peut

(1) Voyez *Leçons sur le chancre*, rédigées par Alf. Fournier, p. 184, 2e édit.

y avoir de certitude, suivant Ricord, sont l'*induration* de l'accident local et l'*adénopathie polyganglionnaire*. La valeur de ces signes n'avait pas échappé aux premiers syphiligraphes, car Louis Lobera écrivait : « Il paraît quelquefois sur la verge des ulcères durs et calleux ; c'est là un signe certain du mal français, surtout lorsqu'il se manifeste dans l'aine un apostème qu'on nomme bubon. » Mais en l'absence de l'un ou l'autre de ces signes, on aurait tort de nier l'existence d'une infection syphilitique. Les chancres de l'anus, ceux de la partie moyenne du gland, les chancres de l'orifice vulvo-vaginal, ne s'indurent que peu ou pas, au dire de quelques auteurs, et cependant ils sont souvent infectants. Si donc, malgré le défaut d'induration de la lésion locale, on constate la présence d'une pléiade ganglionnaire dure, élastique, chondroïde, dans la région lymphatique correspondante à cette lésion, l'existence de la syphilis est encore très-probable ; j'ajouterai qu'elle n'est pas douteuse, lorsqu'une ulcération légère, superficielle, ne donnant lieu qu'à un suintement séreux, est depuis longtemps persistante. Si, au contraire, l'adénopathie fait défaut, il y a de grandes probabilités en faveur d'un chancre mou ou vénérien, surtout quand l'ulcération gagne en profondeur plutôt qu'en étendue. Les probabilités se changent pour ainsi dire en certitude lorsque survient une adénite monoganglionnaire, rouge et suppurative.

Personne ne contestera que la réunion d'une induration chancreuse et d'une adénopathie polyganglionnaire ne constitue un caractère important pour le diagnostic de la syphilis à la période d'éruption locale ; mais la constatation de ces symptômes est quelquefois difficile, et exiger absolument leur réunion, c'est s'exposer à méconnaître quelquefois la syphilis. D'ailleurs, la valeur diagnostique de l'induration chancreuse est généralement exagérée, et c'est là une cause d'erreur. Souvent, si elle ne fait défaut, cette induration est si peu accusée qu'elle peut être méconnue ou paraître douteuse. Cette circonstance est, pour les partisans de l'unitéisme, une arme dont ils n'oublient pas de se servir ; en effet, se trouvant en présence d'un ulcère peu ou pas induré, ils prétendent avoir affaire à un chancre mou, et lorsque plus tard surviennent les accidents consécutifs, ils ne manquent pas de dire que ce chancre a été le point de départ de la syphilis. Telle est, selon nous, la principale source de la persistance du débat entre unitéistes et dualistes. Ce débat, nous en sommes convaincu, est la preuve irréfutable de la difficulté du diagnostic du chancre à l'aide des signes généralement indiqués. Pour s'entendre à cet égard, il importe de s'appliquer à décrire exactement les différentes modalités de l'accident primitif, qui, à l'exemple des manifestations secondaires, peuvent être rattachées à un certain nombre de types, et de faire connaître ensuite les caractères généraux de ces divers types. Ce sont ces caractères que nous avons à rechercher. Or, un des plus importants signes diagnostiques nous est fourni par la composition même du produit histologique, qui varie peu ou pas. Celui-ci, constitué par des éléments conjonctifs, embryonnaires, se couvre d'un exsudat séreux, mais rarement ou jamais d'un exsudat purulent. L'ulcère, une fois formé, se trouve recouvert de détritus cellulaires, plutôt que de pus, jusqu'au moment où arrive sa réparation. L'absence de suppuration, bien qu'elle soit un caractère négatif, n'en est pas moins un signe du chancre infectant, et ce signe a une grande valeur diagnostique par rapport au chancre non in-

fectant, dont l'abondante suppuration est connue. Un autre caractère du chancre syphilitique est sa circonscription bien tranchée, son peu de tendance à s'étendre, soit en profondeur, soit en largeur. Ce chancre se fait remarquer enfin par un début insidieux, une évolution lente et peu douloureuse, une durée toujours longue, malgré le traitement le mieux approprié. Ajoutons en dernier lieu qu'il n'est pas auto-inoculable, car lorsqu'il s'inocule, c'est uniquement à la suite d'une suppuration artificielle, et le produit d'inoculation ne présente jamais les caractères du chancre initial. En résumé, considérés d'après leur ordre d'importance, les signes du chancre syphilitique sont les suivants : 1° l'irréinoculabilité, qui est en quelque sorte son caractère pathognomonique ; 2° la tendance à la plasticité ou le défaut de suppuration; 3° l'induration spécifique, qu'il faut éviter de confondre avec celle qui résulte de l'application de substances caustiques ou astringentes à la surface d'un chancre simple. Enfin, la valeur diagnostique de ces signes est toujours notablement accrue par la coexistence d'adénopathies ganglionnaires indolentes et multiples.

Plusieurs affections peuvent simuler l'accident primitif de la syphilis. Les ouvriers qui emploient l'arsénite de cuivre sont exposés à voir se développer sur la verge des indurations assez analogues à celles du chancre induré (1) ; mais des ulcérations semblables sont disséminées sur d'autres parties du corps; à leur centre, on peut apercevoir une matière verdâtre caractéristique, et il n'y a pas de retentissement ganglionnaire indolent. Les tumeurs gommeuses de petit volume, isolées et ulcérées, simulent également bien le chancre syphilitique ; l'absence, en pareil cas, de l'adénopathie spécifique, l'évolution particulière du produit gommeux, empêcheront la confusion.

L'herpès ne prêtera pas davantage à l'erreur. La multiplicité des vésicules, leur groupement, la coloration rosée des ulcérations qui leur succèdent, l'absence d'induration, de retentissement ganglionnaire indolent, la promptitude de la réparation, sont autant de circonstances qui serviront à différencier cette affection de l'érosion chancriforme, qui est l'accident avec lequel elle a le plus d'analogie. Ces mêmes caractères, l'induration exceptée, permettront de ne pas confondre le chancre avec les furoncles des grandes lèvres.

Il peut arriver cependant de rencontrer en dehors de la syphilis une ulcération isolée, avec induration de la base et un ou plusieurs ganglions fermes et mobiles au niveau de la région lymphatique correspondante. Dans ces circonstances, on reconnaîtra qu'il ne s'agit plus de l'accident primitif de la vérole, mais d'un épithélioma, en tenant compte de la marche de la lésion locale, toujours plus lente dans le cancroïde, où d'ailleurs n'apparaissent jamais de phénomènes secondaires comme dans le chancre qui dure longtemps. L'intervention du microscope pourrait du reste avoir ici quelque utilité.

Mais il ne suffit pas de savoir distinguer la syphilis de ce qui peut la simuler; il est encore du plus grand intérêt de différencier le chancre syphilitique, accident initial constitutionnel, du chancre vénérien, accident purement local ; sous ce rapport, le tableau suivant, qui résume les caractères propres à l'un et à l'autre de ces deux états pathologiques, sera consulté avec utilité :

(1) Voy. Follin, *Note sur l'éruption papulo-ulcéreuse qu'on observe chez les ouvriers maniant le vert de Schweinfurt*, dans *Archives de médecine*, décembre 1857.

CHANCRE SYPHILITIQUE.	CHANCRE VÉNÉRIEN.
Incubation d'une durée moyenne de vingt-sept jours.	Incubation nulle ou seulement de quelques jours.
Accident ordinairement solitaire, unique, irréinoculable au porteur.	Affection caractérisée le plus souvent par des lésions multiples, indéfiniment réinoculable à l'individu qui en est affecté.
Consiste en une papule plus ou moins volumineuse, qui s'érode ou produit une ulcération superficielle sans décollement des bords, lisse, sécrétant de la sérosité, excepté dans la période de cicatrisation.	Se montre sous forme d'une vésico-pustule qui se termine par une ulcération profonde à bords décollés, taillés à pic, et fournit une sécrétion purulente abondante.
Pour ainsi dire toujours accompagné d'adénites fermes, indolentes, multiples, non suppuratives.	Accompagnée dans quelques cas seulement d'une adénite qui produit un pus inoculable.
Susceptible d'être influencé par des agents particuliers, tels que le mercure et l'iodure de potassium.	Échappe complétement au pouvoir des médicaments altérants, si elle n'est aggravée par leur emploi.

Lorsque ces accidents sont contractés en même temps, ils se distinguent, par leurs caractères propres, qui apparaissent successivement et dans un espace de temps toujours en rapport avec la durée d'incubation particulière à chacun d'eux.

Il serait oiseux d'insister sur les différentes raisons qui attestent que le pronostic du chancre vénérien, affection toute locale, est beaucoup moins grave que celui du chancre syphilitique, expression symptomatique d'une maladie générale par excellence. Mais la syphilis étant reconnue, quelle indication pronostique peut-on tirer des formes variées de la première manifestation de cette maladie? Indice infaillible d'une infection générale, l'accident primitif peut-il, d'après ses caractères objectifs, faire connaître le degré de gravité que présentera plus tard la syphilis qu'il révèle? En d'autres termes, y a-t-il un rapport constant entre la forme de cet accident et la gravité des manifestations consécutives?

Agitée d'abord par Carmichaël et Rinecker, cette question a été, de la part de Bassereau, l'objet de recherches qui lui ont permis de formuler, sous forme de loi, la proposition suivante : « Après les chancres indurés bénins, surviennent les éruptions bénignes et les affections des divers tissus sans tendance à la suppuration. Après les chancres indurés phagédéniques, surviennent les syphilides pustuleuses graves, les affections ulcéreuses de la peau plus tardives, les exostoses suppurées, les nécroses et les caries. » Diday, faisant appel aux relevés statistiques de Bassereau et à sa pratique personnelle, conclut qu'un vrai chancre correspond à une vérole forte et qu'avec l'érosion chancriforme on doit s'attendre à une vérole faible. Bazin signale la fréquence du chancre phagédénique dans la syphilis maligne, et l'un de ses élèves, Dubuc, fait remarquer que sur neuf cas de syphilide précoce maligne, quatre fois le phénomène initial a été un chancre phagédénique. Il cite, en outre, deux cas observés par Verneuil, dans lesquels ce même accident avait marqué le début de la maladie. Langlebert considère le chancre comme la pierre de touche de la constitution. Il pense que par l'action qu'exerce

cette détermination morbide sur les tissus il est facile de voir la marche des accidents consécutifs, soit prochains, soit éloignés, qui pourront se manifester. « La bénignité du chancre annoncera, dit-il, des symptômes constitutionnels peu graves ; sa malignité permettra, au contraire, de prévenir des symptômes consécutifs d'une plus grande gravité. » Partant de ce fait, qui, à notre avis, demanderait des preuves nouvelles, le même auteur incline à croire que l'intensité de la syphilis est proportionnelle à la qualité du virus inoculé, et il ajoute : « S'il en était ainsi, peut-être trouverait-on alors dans cette corrélation un élément pour la solution du grand problème de la vaccination syphilitique. En effet, que certaines formes légères de la syphilis soient sous la dépendance exclusive du virus qui les produit, je soupçonne qu'une voie nouvelle serait ouverte qui peut-être conduirait au but que nous signalons. »

Ce sont là malheureusement de simples vues de l'esprit que nous ne pouvons accepter. L'accident primitif n'étant que la première manifestation de la maladie, ce n'est pas, suivant nous, sa modalité particulière qui rend la syphilis plus ou moins grave ; il est nécessairement subordonné à la constitution générale du sujet, aussi bien que les manifestations ultérieures. Ainsi, de toutes ces observations, un seul fait resterait acquis, à savoir : que la lésion initiale de la syphilis indique déjà la mesure de la susceptibilité de l'organisme à l'action du virus syphilitique.

CHAPITRE III

PÉRIODE D'ÉRUPTION GÉNÉRALE, DITE DES ACCIDENTS SECONDAIRES.

La syphilis, que traduit tout d'abord une simple lésion locale, ne tarde pas à montrer de la tendance à la généralisation et à la multiplicité des formes morbides, ce qui lui a valu, à juste titre, la dénomination de protée que lui donna Fallope, l'un des premiers. Après un espace de temps susceptible de varier suivant les climats, ou même suivant les individus, généralement, dans nos contrées, 40 à 50 jours (Mac-Carthy) après l'apparition du chancre, par conséquent 60 ou 70 jours après l'insertion du virus syphilitique, 67 jours après le début de l'accident primitif, suivant un relevé de 92 cas fait par Leudet (1), parfois aussi au bout de plusieurs mois, surviennent des accidents nouveaux, qui, par l'ensemble de leurs caractères, constituent une période distincte dans l'évolution de la syphilis. Ces accidents, qui intéressent surtout les parties les plus superficielles de la peau et des muqueuses voisines des orifices naturels, justifient à notre sens la dénomination de période d'éruption générale que nous donnons à cette phase, quoiqu'elle présente des lésions plus profondément situées, et dont les muscles, les os, certains nerfs, l'œil, le foie, sont les principaux centres d'élection. Telle n'était pas, toutefois, l'opinion de Hunter, qui représentait la syphilis comme une maladie s'avançant, dans sa marche progressive, de la périphérie au centre du corps, attaquant d'abord les membranes tégumentaires dans sa première période, et finissant par envahir les tissus

(1) *Gazette médicale de Paris*, p. 369, 1849.

fibreux et les os dans la seconde; mais la loi formulée par cet auteur nous paraît, comme à Bassereau et à Follin, devoir être modifiée pour être exacte.

Les accidents de cette période se rencontrent partout avec des caractères très-analogues, sinon identiques, fort différents, dans tous les cas, de ceux qui appartiennent aux manifestations de la période subséquente. L'altération anatomique qui leur est propre présente, en effet, un cachet particulier; toujours limitée aux couches les plus superficielles, à l'écorce, si je puis dire ainsi, des parties intéressées, elle consiste en une hypérémie à marche plutôt chronique qu'aiguë, accompagnée parfois d'une exsudation séreuse ou purulente, ou même de la formation d'éléments jeunes de tissu conjonctif ne produisant jamais les nodosités connues sous la dénomination de *gommes*. Par sa nature comme par son siége, cette altération ne laisse aucune trace de son passage; elle n'est jamais, comme les lésions qui lui succèdent, suivie de cicatrices ou de destructions organiques, et souvent elle existe avec des adénopathies superficielles, dures, élastiques, chondroïdes. Un caractère non moins important de ces accidents, c'est leur *généralisation*. Toujours, en effet, ils occupent plusieurs points du corps à la fois; non-seulement ils se disséminent à la surface de la peau ou des muqueuses, mais ils peuvent atteindre la plupart des organes. Dans ces dernières parties, la lésion anatomique présente des caractères semblables à ceux des déterminations morbides des téguments externe et interne. Ainsi, aux articulations, tandis que plus tard elle revêtira les caractères de la tumeur blanche et restera localisée le plus souvent à un seul genou, on la voit tout d'abord attaquer plusieurs jointures à la fois, et simuler à s'y méprendre le rhumatisme articulaire aigu. L'apparition par poussées successives, les récidives, appartiennent également aux manifestations syphilitiques de cette époque qui ont encore pour symptôme commun d'être le plus souvent précédées ou accompagnées de phénomènes fébriles. C'est donc la nature des déterminations pathologiques, et non leur siége, qui caractérise cette période de la syphilis.

Les accidents secondaires se distinguent encore, ceux-là du moins qui fournissent un produit de sécrétion, par l'inoculation possible de ce produit. Le sang paraît pouvoir être inoculé pendant tout le cours de cette période, où la transmission héréditaire est à sa plus haute puissance. Outre cette qualité particulière, le liquide sanguin est le siége de modifications plus ou moins profondes, mais peu différentes de celles que nous avons déjà signalées à propos de la période d'éruption locale; car, à vrai dire, ce n'est guère qu'à l'époque de l'apparition des manifestations dont il s'agit que survient la diminution des globules rouges et l'augmentation de la proportion d'albumine; c'est à ce moment aussi qu'il est parfois possible de constater une proportion plus grande de leucocytes ou globules blancs (leucocytose).

Nous pourrions pousser plus loin ces considérations et mieux faire saisir les analogies des lésions de la peau et de celles des viscères dans cette nouvelle phase; mais nous en avons dit assez pour montrer que la syphilis, à cette période, ne borne pas uniquement son action aux membranes tégumentaires, comme semblent le supposer la plupart des auteurs; et puisque cette maladie dissémine ses effets dans différents organes, et qu'elle est souvent précédée

de symptômes fébriles, il résulte que nous avons à passer successivement en revue :

1° Les symptômes prodromiques, ou fièvre syphilitique ;

2° Les affections de la peau (syphilides exanthématiques) et de ses annexes (alopécie et onyxis) ;

3° Les affections des membranes muqueuses (syphilides exanthématiques) ;

4° Les altérations des divers organes, ou affections viscérales secondaires.

§ 1. — Symptômes prodromiques. Chlorose syphilitique. Fièvre d'invasion. Fièvre syphilitique.

Bibliographie. — J. Hunter, *A treatise on the venereal diseases*, London, 1736 ; trad. franç. par Richelot, Paris, 1839, p. 530. — M. Stoll, *Praelectiones in diversos morbos chronicos*, 1738, p. 158. — Swediaur, *Traité des maladies vénériennes*, t. II, p. 101. — Ricord, *De la chlorose syphilitique et de son traitement*, Bull. général de thérapeutique, t. XXVII, p. 3, Paris, 1844, et *Leçons sur le chancre*, deuxième édit., p. 185, Paris, 1860.— Yvaren, *Des métamorphoses de la syphilis*, Paris, 1854. — Edm. Guntz, *Das syphilitische Fieber*, Varge's Zeitschrift, n. f. II, 128, 1863, et Schmidt's Jahresb., t. 120, p. 196.—Le même, dans *Kuchenmeister's Zeitschrift*, 1865, p. 365, et *Ann. de dermatologie et de syphiligraphie*, t. I, p. 312, 1869. — F. Courtaux, *De la fièvre syphilitique*. Thèse de Paris, 1871.— Ch. Bäumler, Alf. Duffin, Berkeley Hill, *sur la Température de la syphilis*, Transact. of the clinical Society, 3. p. 170, 1870, et Archiv. générales de médecine, t. I, p. 337, 1872.

Villalobos (1), qui, avant Fracastor, a écrit sur la syphilis un poème dont l'élégance le dispute à celui de ce dernier, résume comme il suit les signes qui annoncent les approches du mal : « Une petite plaie au membre viril, de mauvais aspect, à bords indurés, indolente ; maux de tête, visage livide, pesanteur des épaules, insomnie, rêvasseries, yeux cernés, lèvres sèches, inertie des membres, fatigue générale, nonchalance et trouble de la vision : après l'invasion des pustules, douleurs articulaires multiples..... »

Ambroise Paré nous a donné de ces signes un tableau des plus fidèles : « Lorsque, dit-il, la vérole est récente, il apparoist ulcère à la verge, ou à la vulve, tumeurs aux aines, chaude-pisse, jettant quelquefois sanie puante et fort fétide, laquelle provient des parastates, ou des ulcères qui sont au conduit de la verge ; *ils ont aussi douleurs aux jointures, teste, espaule et autres parties, avec une lassitude des bras et jambes, de façon que les malades disent qu'il leur semble avoir esté battus de bastons, ne pouvant cheminer, ni porter leurs mains sur la teste, sinon avec grande difficulté*. Il leur survient inflammation à la bouche..... chute de poil (dite alopécie ou pelade) à la teste, aux sourcils et à la barbe, avec amaigrissement de tout le corps et grandes inquiétudes. Il faut ici noter que tous ces signes ne surviennent pas à chacun malade, mais à aucuns d'iceux. Les plus certains sont, quand le malade a quelque ulcère malin aux parties honteuses, *calleux, dur et difficile* ; et encore que les ulcères soient consolidés, et qu'il y reste certaine dureté, principalement à la verge, cela dénonce la vérole à curer, et apparoissent tumeurs aux aines, qui

(1) *Sumario de la medicina*, etc. Salamanque, 1498. — Voy. Guardia, *La médecine à travers les siècles*, Paris, 1865, p. 218 et suiv.

s'en retournent dedans le corps sans suppurer » (livre XIX, ch. IV). Schellig (1) résume brièvement ces différents symptômes : « Et sentiunt infecti in principio dolorem capitis et magnam gravedinem et dolorem in membris, maxime in brachiis et cruribus, et sudores habent copiosos, satis fœtidos, et somnum gravem cum vigiliis multis. »

J. Hunter reconnaît que les altérations locales de la syphilis constitutionnelle s'accompagnent ordinairement de fièvre, d'agitation, d'insomnie et souvent de céphalalgie... « La fièvre, ajoute-t-il, ressemble d'abord à la fièvre rhumatique, et, au bout d'un certain temps, elle participe beaucoup de la fièvre hectique...,» et plus loin : « Ces symptômes se manifestent souvent indépendamment de toute action locale et sans en être accompagnés ; il est très-difficile alors de reconnaître la véritable nature de la maladie... »

Swediaur cherche à distinguer ces symptômes de ceux qui leur succèdent, il s'exprime de la façon suivante : « Avant que le virus syphilitique existant dans le système du corps produise des éruptions à la peau ou autres effets visibles dans le corps, les malades tombent souvent dans des abattements et des langueurs extraordinaires ; quelquefois ils sentent dans toutes les parties du corps des douleurs erratiques, et dans les os cylindriques des douleurs et des élancements de dehors en dedans : fréquemment, il se manifeste une douleur dans le péricrâne, comme si la tête était fortement comprimée. Quand les douleurs ne deviennent pas très-violentes pendant la nuit, elles causent simplement de l'agitation et de l'inquiétude ; elles paraissent fort différentes de ces douleurs perçantes qui attaquent les os cylindriques dans la maladie syphilitique confirmée, et qui causent l'épaississement et le gonflement du périoste, ou une véritable exostose qui est fréquemment suivie de la carie. Les premières sont des espèces de douleurs vagues, bornées au périoste et aux surfaces musculaires, aponévrotiques ou ligamenteuses, et elles sont quelquefois si légères, qu'elles excitent à peine des plaintes ; mais, lors même qu'elles sont plus fortes, elles sont évidemment plus supportables que ces dernières. Outre ces symptômes, les malades éprouvent souvent de la faiblesse et de la lassitude, non-seulement pendant le jour, lorsqu'ils sont debout, mais plus spécialement encore le matin, lorsqu'ils se lèvent. Le sommeil ni le lit ne leur procurent aucun repos, aucun rafraîchissement. Ils sont attaqués d'une fièvre de l'espèce lente, avec un pouls faible et accéléré, les yeux enfoncés, le cercle de l'orbite livide ; ils ont les épaules et les côtés douloureux ; la physionomie montre une constitution harassée et minée ; en un mot, le malade maigrit et dépérit sensiblement (2). »

Ainsi connue des auteurs des siècles derniers (3), la fièvre d'invasion, décrite par Hecker et Morelli, n'a peut-être pas toujours été l'objet de l'attention qu'elle mérite. Ricord, Bassereau, Gibert, Bazin, Hardy, en parlent à peine ; mais si ce phénomène particulier a peu fixé l'attention de ces auteurs, ils ont néanmoins reconnu la plupart des phénomènes prodromiques de la période secondaire de la syphilis. Le laps de temps qui s'écoule entre l'apparition

(1) Schellig, *Consil. breve contra malos pustulos*, in Wiener-Codex, XVIe siècle.

(2) *Traité des malad. vénér.*, t. II, p. 101. Paris 1801.

(3) Matthiole indique que la forme bilieuse du mal français s'accompagne d'une petite fièvre soit du mode tierce, soit du mode étique. (*De morbo gallico*, dans Aphrodisiacus Luisini, t. I.)

de l'ensemble phénoménal et le début de l'éruption est ordinairement de huit à dix ou quinze jours, mais il peut varier entre quelques jours et deux ou trois semaines. Dans les cas de syphilis inoculée, les phénomènes prodromiques se sont montrés du soixante-cinquième au cent cinquantième jour après l'insertion du virus syphilitique (Observ. de Wallace, Waller, Rinecker), et tout porte à croire qu'il n'y a à cet égard aucune différence notable relativement à la syphilis contractée. Sur 199 cas d'érythème observés par Bassereau, ces symptômes existaient 143 fois et se sont montrés, autant qu'il fut possible de s'en assurer, du trentième au quatre-vingt-dixième jour qui suivit le contact impur. Dans 60 cas où des renseignements précis ont pu être obtenus, Mac-Carthy a constaté 40 fois des prodromes très-marqués, 21 fois de la céphalée nocturne seule, 11 fois de la céphalée et des douleurs rhumatoïdes périarticulaires, 8 fois des douleurs seules. Ces troubles, qui d'ordinaire précèdent les premières manifestations cutanées, disparaissent en général lors de leur apparition, mais quelquefois ils persistent ou même surviennent après l'éruption syphilitique, et cela en dépit du traitement mercuriel. Beaucoup plus fréquents chez la femme que chez l'homme, ils appartiennent uniquement aux accidents de la période qui nous occupe, et, s'ils accompagnent plus souvent la syphilide érythémateuse, c'est peut-être uniquement parce qu'elle est de toutes la plus fréquente. Il est rare qu'ils fassent entièrement défaut et qu'ils ne varient quelque peu avec les aptitudes individuelles.

Dans le plus grand nombre des cas, les traits s'altèrent, la face devient pâle, les yeux se cernent, la physionomie s'assombrit ; le malade est triste, morose, taciturne, il maigrit ; en même temps, il éprouve une courbature et un malaise qui lui enlèvent toute aptitude au travail, une fatigue et une faiblesse telles que la marche est difficile et que les jambes fléchissent sous le poids du corps. Une céphalalgie intense se fait sentir aussi bien la nuit que le jour; elle est générale ou partielle, et parfois limitée à une des régions frontale ou temporale, comme dans l'une de nos observations, où le malade se plaignait de coups de canif. Elle présente des paroxysmes et peut même revêtir le caractère d'une névralgie périodique ; elle est souvent accompagnée d'étourdissements, de vertiges et d'éblouissements, phénomènes parfois indépendants et surtout provoqués par les mouvements de la tête sur le tronc.

D'autres douleurs existent encore qui ne tourmentent pas moins le malade ; elles sont connues sous le nom de douleurs *rhumatoïdes*. Déjà fort bien étudiées par P. Bayr (1), ces douleurs, si nettement caractérisées par A. Paré, occupent les différentes parties du système libro-osseux. La nuque, le dos, les lombes, les parois costales, les grandes articulations (épaules, coudes, genoux), sont les régions où elles siégent le plus ordinairement. Le sternum, ainsi que l'a noté Baglivi, et la continuité des membres en sont souvent atteints ; mais, dans tous les cas, ce sont des douleurs diffuses plutôt que circonscrites, sourdes ou lancinantes, et qui, se faisant sentir surtout dans la nuit, se calment en général vers le matin. Soumises à une sorte d'intermittence, ces douleurs, quelquefois liées à des périostéites ou à des ostéites,

(1) *De doloribus musculorum ex morbo gallico genitis*, APHRODISIACUS de Luisinus, p. 850.

manifestent vers le soir des paroxysmes qu'exaspère encore la chaleur du lit ; mais un de leurs principaux caractères, c'est la mobilité, car elles disparaissent le plus souvent pour reparaître ensuite dans un autre point du corps. Plus fixes dans certains cas, elles revêtent le caractère du lumbago, moins fréquemment celui de la pleurodynie. Au lieu de les augmenter, la pression les soulage quelquefois. Au sternum, il est souvent possible de les provoquer à l'aide de la pulpe des doigts, si elles ne sont spontanées. Pour ces motifs et à cause de leur siége spécial vers le tiers inférieur ou au niveau du tiers supérieur de cet os, rarement ou jamais dans le tiers moyen, on leur a accordé, avec une certaine apparence de raison, une grande valeur diagnostique (1). Par suite de ces souffrances, les mouvements sont gênés, et il se produit des troubles fonctionnels. C'est ainsi que les articulations sont roides, rigides, lourdes, engourdies, au point que l'extension et la flexion complète peuvent en être impossibles, qu'il existe un léger degré de tremblement et que la sternalgie est quelquefois accompagnée d'accès d'oppression pouvant simuler l'asthme.

D'autres fois, au lieu de phénomènes douloureux, on observe, principalement chez les femmes, la diminution ou même l'abolition de la sensibilité générale. Signalés avec une précision remarquable par Hammond (2), les troubles de la sensibilité sont souvent liés aux éruptions syphilitiques et notamment à la roséole. Ils existent non-seulement au niveau des points de la peau affectés par l'éruption, mais encore dans les endroits restés sains. Si l'on pince ou si l'on irrite la peau, on constate que la sensibilité est beaucoup diminuée, et, à l'aide de l'æsthésiomètre, on parvient à connaître le degré de la sensibilité perdue. En effet, les extrémités de cet instrument, séparées dans l'étendue d'un pouce et appliquées sur la poitrine d'une personne saine, donnent lieu à la perception nette de l'impression produite par les deux pointes. Au contraire, ces mêmes extrémités, à la distance de deux pouces ou même de deux pouces et demi, appliquées sur la poitrine d'un individu atteint d'éruption syphilitique, ne produisent qu'une seule sensation. Ce désordre de la sensibilité générale rattaché par Hammond à l'empoisonnement du sang disparaît souvent avant la terminaison de la période secondaire. L'analgésie et l'anesthésie syphilitiques secondaires ont été récemment l'objet d'études qui ont pleinement confirmé les résultats obtenus par notre confrère d'Amérique (3).

Il y a en même temps de l'insomnie, un léger désordre des principaux sens, parfois de la prostration, un état de langueur et d'affaiblissement général de toutes les facultés, ou même un état d'excitabilité nerveuse tel que l'on voit se manifester des névroses auparavant latentes. Les fonctions digestives sont troublées, il existe de l'inappétence, de l'amertume de la bouche, des nausées, de la diarrhée, en un mot, la plupart des symptômes de l'embarras gastrique pouvant coïncider avec un faible degré de ramollissement des gencives. Bassereau a remarqué, dans quelques cas, une exagération de l'appétit, des

(1) Brodrick, *Madras med. Journ.*, et *Dublin med. Press*, 4 nov. 1863.

(2) Hammond, *Lectures on venereal diseases*, Philadelphia, 1864, p. 128.

(3) Voyez Alf. Fournier, *De l'analgésie syphilitique secondaire* (*Archives de dermatologie et de syphiligraphie*, 1re année, Paris 1869, p. 486). — Said Moustapha, *Troubles de la sensibilité générale dans la période secondaire de la syphilis*. Thèse de Paris, 1870.

besoins très-fréquents de manger, et cela à partir de quelques semaines après la contagion ; cette boulimie, qui se rencontre principalement chez les femmes, a été notée aussi par Alf. Fournier (1). Les urines sont modifiées, parfois rougeâtres, fébriles et rares ; d'autres fois, très-abondantes, de façon à constituer une véritable polyurie.

La respiration, plus courte, s'accélère pendant la marche ; la circulation est en général troublée. Les malades éprouvent des palpitations ; ils ont quelquefois des épistaxis et de l'œdème des membres inférieurs ; un bruit de souffle doux, anémique, se fait entendre au cœur et dans les gros vaisseaux ; on observe, en un mot, les signes de la chloroanémie. En effet, les analyses de Grassi ont montré que ces symptômes coïncident avec une diminution dans la quantité des globules, laquelle commencerait à se produire, ainsi que nous le savons, dès l'apparition du chancre induré, avant même toute manifestation syphilitique secondaire.

De véritables accès de fièvre s'ajoutent fréquemment à ces symptômes; caractérisés par une chaleur suivie de sueurs plus ou moins copieuses, ces accès reviennent ordinairement vers le soir ou pendant la nuit, et, dans quelques cas, ils simulent à s'y méprendre une fièvre intermittente quotidienne, tierce ou double tierce. Cardan, Baillou (2), Deidier, J. Frank, Werlhof, Monro (3), ont rapporté des faits de fièvre intermittente syphilitique (4). D'autres fois, la fièvre est continue avec paroxysme (forme rémittente), et, pour peu qu'il y ait de la céphalalgie, du lumbago, des nausées, de l'hébétude, de la stupeur, des épistaxis, on conçoit qu'elle puisse présenter de l'analogie avec le début d'une variole, d'une fièvre éruptive, ou mieux encore d'une fièvre typhoïde, quand surtout elle vient à se montrer quelques jours avant l'éruption syphilitique.

La fréquence du pouls n'est pas ordinairement très-considérable ; cependant on compte parfois jusqu'à 110 pulsations et plus, principalement chez les femmes. Guntz, qui a fait des recherches sur l'état de la température dans la fièvre syphilitique, a le plus souvent constaté 30°,4 Réaumur et 29°,9 pendant la rémission du matin. Dans le cours de la maladie et dans les cas les plus violents, cet observateur a vu le thermomètre monter jusqu'à 31° Réaumur le soir et présenter 30°,9 le matin. La température s'est toujours maintenue à ce point pendant plusieurs jours, même pendant plusieurs semaines, avant de revenir à l'état normal. On peut établir à cet égard que plus l'exanthème est précoce et abondant, plus la fièvre est fréquente, la température élevée, et réciproquement.

Cet ensemble symptomatique est en général plus accusé et plus durable

(1) *Note sur certains cas de boulimie et de polydipsie syphilitique* (*Gaz. hebd.*, 3 et 10 févr. 1871).

(2) *Opera med.*, t. II, p. 97 et 117.

(3) Monro, *Soc. de méd. d'Édimbourg*, t. V, obs. 47.

(4) Quoique plusieurs des faits rapportés à ce sujet puissent être mis en doute, il faut reconnaître cependant que la fièvre syphilitique a, dans quelques cas, une grande analogie avec les fièvres intermittentes. Boyer, p. 113, cite un fait de ce genre. — Comparez : Yvaren, *Métamorphoses de la syphilis*, p. 173 ; Swediaur, *loc. cit.*, p. 299. Un trop malheureux confrère, Hourmann, mort victime d'une infection contractée dans l'accomplissement de son devoir, présenta des accidents généraux qui simulaient fort bien une fièvre intermittente. (Cazenave, *Traité des syphilides*, 1843.)

chez la femme que chez l'homme ; il est susceptible aussi d'offrir chez la première une intensité extrême. Quoi qu'il en soit, on constate ordinairement une diminution plus ou moins brusque des symptômes prodromiques au moment où survient la poussée cutanée : celle-ci semblerait concentrer tous les efforts de l'économie : mais souvent, au lieu de disparaître, ces symptômes persistent ou même s'aggravent pendant les deux ou trois premières semaines de l'éruption syphilitique.

Des affections fort diverses peuvent être confondues, soit avec cet appareil prodromique tout entier, soit avec quelques-uns seulement des principaux phénomènes qui s'y rattachent : c'est, comme nous le savons, avant l'éruption, la fièvre intermittente, la fièvre typhoïde, et aussi l'embarras gastrique, certaines céphalées (1) ou même des névralgies ; au moment de l'apparition de la manifestation cutanée, la plupart des fièvres éruptives. Nous aurons à revenir sur le diagnostic différentiel de ces dernières maladies : quant aux premières, elles ne pourront en imposer, si l'on tient compte des antécédents des malades, des lésions concomitantes, telles que l'ulcération primitive ou la cicatrice qui en est la trace, et des adénopathies ganglionnaires, qui font rarement défaut en pareil cas.

On ne peut trop se prémunir contre la possibilité d'une erreur de diagnostic en pareille circonstance, d'autant mieux que parfois les malades, les femmes surtout, plus préoccupés de leur état général que de l'état local, ne disent mot de ce dernier. Il m'est souvent arrivé de voir la syphilis méconnue à ce moment de son évolution, et d'entendre des médecins spécialistes justement renommés soutenir qu'il n'y avait pas de fièvre syphilitique, uniquement parce qu'ils n'avaient jamais saisi la relation de cet accident avec la syphilis. Il est rare, d'ailleurs, que les accès fébriles liés à la syphilis soient aussi violents et aussi réguliers que ceux de la fièvre intermittente, que la température soit aussi élevée que dans la dothiénentérie. Dans tous les cas, l'étude attentive de la marche des accidents lèvera promptement les doutes. Il n'y a de difficulté réelle qu'autant qu'une des maladies que nous avons citées vient compliquer une syphilis approchant de la période secondaire. La seule pierre de touche est le traitement : mais il faut savoir que le mercure n'est plus l'agent qui convient en pareil cas. Ce fait, sur lequel Diday a récemment appelé l'attention, nous l'avons nous-même vérifié. Toutefois, de ce que le fer et l'iode sont les moyens à mettre en usage pour combattre la fièvre syphilitique, en conclurons-nous, avec Diday, que cet état morbide n'a pas avec la syphilis les mêmes rapports que les lésions constitutionnelles, qu'il est occasionné et non directement causé par cette maladie ? Pas absolument ; car, s'il est permis de rattacher à la débilitation imprimée à l'organisme par le virus syphilitique quelques-uns des troubles généraux dont il s'agit, il en reste un grand nombre que n'expliquent ni la chlorose, ni l'anémie.

(1) Nous ne pouvons résister au désir de signaler l'analogie qui existe entre la céphalalgie liée à certaines altérations profondes des reins et la céphalée du début de la syphilis. Deux cas que nous venons d'observer nous ont convaincu de cette ressemblance et de la difficulté qu'il y aurait à distinguer ces deux états l'un de l'autre, si l'on n'avait pour se guider les antécédents et les symptômes concomitants. Dans l'un de ces cas, le médecin traitant avait employé sans succès tous les antisyphilitiques pour combattre une céphalée albuminurique qui céda rapidement à l'emploi de lavements purgatifs.

Quelle est l'indication pronostique à tirer de tout cet ensemble pathologique, avant-coureur habituel de la période éruptive de la syphilis? Nous l'ignorons pour l'instant, n'ayant pu suivre nos malades aussi longtemps que nous l'aurions désiré. Il serait important, néanmoins, de savoir si l'intensité des prodromes est en rapport avec la gravité de la maladie. Loin d'être sans importance, la fièvre syphilitique mérite donc une attention toute spéciale, et, pour ce motif, nous en rapportons plusieurs exemples (1).

Chancre induré, syphilide papuleuse, symptômes d'embarras gastrique, fièvre, vertiges, éblouissements, troubles légers de la vue et de l'ouïe (2).

Obs. III. — Le nommé V..., terrassier, âgé de cinquante-cinq ans, entre, le 9 octobre 1860, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Paul, n° 45. Cet homme, d'une bonne santé habituelle, a contracté, il y a quelques mois, un chancre induré du prépuce, toujours reconnaissable à la cicatrice particulière qui lui a succédé. Adénopathies ganglionnaires bi-inguinales multiples ; syphilide papuleuse occupant le tronc, les membres; adénite cervicale, alopécie, plaques muqueuses sur l'amygdale droite, rougeur légère et œdème de l'isthme du gosier; douleurs au niveau des parties musculaires des parois thoraciques de la région sternale et dans la plupart des articulations des membres; langue sale, légèrement saburrale; dégoût des aliments et appétit pour ainsi dire nul; étourdissements, vertiges, céphalalgie; léger affaiblissement de la vue et de l'ouïe, yeux ternes, physionomie triste; courbature générale et fièvre (85 pulsations). Vers les trois heures de l'après-midi, la fièvre s'accroît, la peau est manifestement plus chaude et le pouls plus fréquent. La céphalalgie est surtout plus intense, le malade prétend qu'il reçoit sur les côtés de la tête des coups de canif. Les organes sont examinés avec le plus grand soin, et aucun ne paraît affecté. Boissons émollientes.

Les accidents précités persistent, le malade maigrit, paroxysme fébrile chaque soir à peu près vers la même heure. Proto-iodure de mercure. Amélioration progressive, mais lente. Le malade quitte l'hôpital le 13 novembre, son état est très-notablement amélioré.

Dans ce fait, la fièvre, survenue en même temps que l'éruption, a persisté dans son cours, a été accompagnée de troubles nerveux (étourdissements, vertiges, etc.) et de désordres digestifs qui auraient fort bien pu faire supposer une tout autre maladie que la syphilis.

Ulcérations aux parties génitales, fièvre, roséole, plaques muqueuses et végétations.

Obs. IV. — L... Éléonore, âgée de dix-huit ans, couturière, entre à l'hôpital de la Charité (service de M. Rayer), le 22 septembre 1858. Bien constituée et d'une bonne santé habituelle, cette jeune personne s'aperçoit, il y a quelques semaines, de la présence d'ulcérations aux parties génitales; bientôt après, se manifestent au même lieu des végétations qui, à l'entrée de la malade à l'hôpital, formaient sur chacune des lèvres un relief du volume d'un œuf de pigeon. En outre, depuis deux jours, chaque soir, un frisson violent, suivi de chaleur et d'une sueur légère; malaise général et courbature. Le 23, mêmes accidents, à part la fièvre, alopécie, adénopathie bi-inguinale multiple indolente, adénopathie cervicale. (Bains, pilules de Sédillot, deux et trois par jour.) Pendant les jours suivants, surviennent plusieurs accès fébriles. Le 5 octobre, excision des végétations. Le 9, malaise, courbature,

(1) Nous avons vu avec une vive satisfaction que les prodromes de la syphilis secondaire et la fièvre syphilitique elle-même ont été, depuis notre première édition, un objet d'étude pour certains spécialistes qui, jusque-là, ne croyaient pas à son existence.

(2) Comparez obs. X.

douleurs vagues, fréquence du pouls, apparition d'un état fébrile manifeste, on soupçonne l'imminence d'une fièvre éruptive. Deux jours plus tard, une belle éruption rubéolique ne laissant aucun doute sur son origine spécifique couvre une grande partie de la peau du tronc. Le traitement est continué, la fièvre tombe en partie.

Le 19, survient, vers les six heures du soir, un frisson violent qui dure plus d'une heure. Insomnie la nuit. Le lendemain, fièvre, mal de gorge, léger gonflement sous-maxillaire. — Le 22, la malade est bien. — Le 23, nouveau frisson vers une heure de l'après-midi ; le soir, il y a encore de la fièvre, la malade se plaint de douleurs dans le ventre, elle accuse de l'oppression, la langue est blanche, épaisse : sueur vers le matin. Le 24, à la visite, absence de fièvre, mais douleur et pesanteur de tête, légère somnolence. Le 25, amélioration ; le 26, l'éruption étant effacée, la malade demande sa sortie et échappe ainsi à notre observation.

Infection syphilitique, courbature, fièvre, arthropathies.

Obs. V. — B..., journalière, âgée de trente ans, entrée à l'hôpital de Lourcine, le 24 avril 1860. Cette malade accuse une vaginite antérieure ; il y a deux mois qu'elle s'est aperçue de l'existence d'un bouton aux parties génitales.

Lors de son entrée à l'hôpital, adénopathies multiples, éruption syphilitique généralisée, facies altéré, hébété, semi-typhoïde ; céphalalgie violente et insomnie fatigue, courbature, absence d'appétit ; état fébrile plus marqué le soir. Proto-iodure de mercure et opium.

Le 30, même état général, amélioration les jours suivants. — Le 9 mai, disparition de la céphalalgie. — Le 26, douleurs dans les articulations du coude et du poignet droit, léger gonflement et rougeur. Bains, vésicatoire. — Le 11 juin, cette malade sort non complétement guérie. (Martel, obs. inéd.)

Chancre induré de la lèvre droite, fièvre, diarrhée, épistaxis. — Arthrite du poignet droit.

Obs. VI. — E..., couturière, âgée de vingt-neuf ans, entre à l'hôpital de Lourcine, le 24 avril 1860. Un mois environ après l'apparition d'un chancre induré, cette malade éprouve une sensation de courbature et de fatigue générales, son appétit diminue et disparaît ; diarrhée, douleurs de tête avec exacerbations nocturnes, mais en même temps état fébrile (84 pulsat.) avec paroxysme le soir.

Quelques jours plus tard, 5 mai, épistaxis qui se répète pendant plusieurs jours ; la peau se couvre d'un érythème caractéristique. Le 21 juillet, douleur plus vive au niveau du poignet droit, léger gonflement accompagné de rougeur. Un traitement approprié finit par combattre ces diverses manifestations. La malade, toutefois, ne quitta pas l'hôpital avant le mois d'octobre. (Martel, obs. inéd.)

Chancre induré, fièvre, état gastrique, vertiges, éblouissements.

Obs. VII. — G..., marchand de verres, âgé de cinquante et un ans, est un homme robuste et d'une bonne santé habituelle. Il y a environ deux mois, il contracta un chancre qui fut reconnu pour être induré.

Lorsqu'il entre à l'hôpital de la Pitié, le 22 mai 1861, il présente une éruption papuleuse généralisée, et, de plus, un état fébrile qui dure déjà depuis sept à huit jours. La langue est saburrale, l'appétit est nul. Plaques muqueuses multiples à l'anus. (Liqueur de Van Swieten.)

La fièvre cesse au bout de quelques jours ; l'éruption commençait à se modifier, lorsque ce malade fut pris tout à coup de vertiges, d'étourdissements et d'un malaise général qui ne fut pas sans inspirer quelques craintes en faisant songer à la possibilité d'une maladie fébrile sérieuse. Sept jours plus tard, cet état avait disparu.

— L'usage de la liqueur de Van Swieten ne fut pas interrompu. — Le 2 juillet, ce malade quittait l'hôpital, son éruption était en partie effacée.

La fièvre, jusqu'ici, précède ou accompagne l'éruption, elle en est tout à fait indépendante dans l'observation qui suit :

Boutons aux parties génitales. Troubles digestifs, malaise, courbature, fatigue, fièvre. Chloroanémie, double souffle anémique, syphilide.

Obs. VIII. — L..., domestique, âgée de vingt ans, entrée, le 8 août 1860, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Charles, lit n° 25, raconte qu'elle s'est aperçue, il y a environ trois mois et demi, de l'existence de boutons aux parties génitales, et d'un engorgement ganglionnaire aux aines et aux aisselles. Depuis lors, elle n'a cessé d'être fatiguée, courbaturée, et d'éprouver des douleurs vagues, erratiques, plus particulièrement fixées toutefois à la tête et au niveau des articulations. Depuis environ huit jours, cette malade est prise chaque soir, vers les sept heures, d'un frisson qui est suivi de chaleur et de sueur, et qui, vers dix heures, disparaît à peu près complétement. Elle éprouve en outre un mal de gorge et tous les symptômes d'une angine.

Le 8 août, rougeur érythémateuse des piliers et du voile du palais avec tuméfaction ganglionnaire. Adénopathies inguinales multiples, absence d'éruption, plaques muqueuses en voie de réparation, alopécie, fatigue générale, persistance des douleurs. Double souffle vasculaire au cou, état saburral des voies digestives. Intégrité des organes thoraciques. La fièvre continue les jours suivants. L'accès est moins intense le 13. On commence ce jour-là l'emploi du proto-iodure de mercure. La fièvre cesse bientôt complétement, le malaise disparaît, les fonctions digestives se rétablissent peu à peu. Le 24 août, se trouvant mieux à tous égards, cette malade demande sa sortie; il lui reste un souffle vasculaire et une pâleur générale.

§ 2. — Affections de la peau. Syphilides superficielles ou exanthématiques.

Alibert, *Description des maladies de la peau observées à l'hôpital Saint-Louis*, etc. Paris, 1806-1827. — *Nosologie naturelle*. Paris, 1838. — Willan, *Description and treatment of cutaneous diseases*.—Bateman, *Practical Synopsis of cutaneous diseases*, etc. Londres, 1819; trad. franç. par Bertrand, Montpellier, 1820. — P. Rayer, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, 1re édit., Paris, 1827; 2e édit., 1835.— L. V. Lagneau, *Traité pratique des maladies syphilitiques*, 6e édit. Paris, 1828. — Cazenave et Schedel, *Abrégé pratique des maladies de la peau*, 4e édit. Paris, 1847. —C. H. Fuchs, *Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhänge in nosolog. und therap. Beziehung dargestellt*. Göttingen, 1840. — Schilz, *Diagnostik der Hautkrankheiten in tabell. Form. nach Hebra's Vorlesungen*. Wien, 1845. — Simon, *Die Hautkrankheiten durch anatom. Untersuch. erläutert*. Berlin, 1851. — Devergie, *Traité pratique des maladies de la peau*, 2e édit. Paris, 1857. — Gibert, *Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis*, t. I et II. Paris, 1860. — Cazenave, *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*. Paris, 1844-1852.

Albers, *Ueber die Erkenntniss und Kur der syphilitischen Krankheiten*(Sur le diagnostic et le traitement des syphilides). Bonn, 1832.—Humbert, *Manuel pratique des maladies de la peau appelées syphilides, d'après les leçons de M. Biett*. Paris, 1833. — Philippe Boyer, *Traité pratique de la syphilis*. Paris, 1836. — E. Lutz, *Ueber Hautsyphilis*. inaugur. Abhandl. München, 1836. — Martins, *Mémoire sur les causes générales des syphilides*. Paris, 1838. — Baumès, *Précis historique et pratique des maladies vénériennes*, 2 vol. in-8°. Paris, 1840. — Gibert, *Mémoire sur les syphilides* (*Revue médicale*, avril 1841). — Legendre, *Nouvelles recherches sur les syphilides*. Thèse de Paris, 1841. — Dieterich, *Die Krankheitsfamilie Syphilis*. Landshut, 1842. — Cazenave, *Traité des syphilides*. Paris, 1843. — Jolly, *Considérations sur la syphilis*

et les syphilides (*Revue médicale*, Paris, 1843). — J. Davasse et Deville, *Etudes cliniques sur les maladies vénériennes : des plaques muqueuses* (*Archives de médec.*, octobre 1845). — Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*. Paris, 1852. — Wilson, *On syphilis const. and hered. and on syphil. eruptions*. London, 1853. — Thomas Hunt, *On syphilitic eruptions, ulcerations and other symptoms*. London, 1854. — Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur les syphilides*. Paris, 1859. — H. Roth, *Ueber den Herpes der Syphilitischen* (*Wurzburg. Zeitschrift*, II, 5 et 6, p. 376, 1861). — Hardy, *Leçons sur les maladies de la peau*. Paris, 1860, 1re édit, par Moysant ; 2e édit., par Lefeuvre, Paris, 1863. — V. de Méric, *On syphilitic eruptions*. The Lancet, II, 122, nov. 1862. — V. Veiel, *Mittheilungen über die Behandlung der chronischen Hautkrankheiten*, Stuttgard, 1862, et Schmidt's Jahrbuch., t. 117, p. 296. — Zeissl, *Die Erkenntniss und Behandlung der Syphiliden*. Wien. med. Hall, V. 4-6, 1863. *Lehrbuch der constitutionnellen Syphilis*. Erlangen, 1864. — Kleinhaus, *Ueber Herpes syphiliticus*. Berl. klinisch. Wochenschrift, I, 17, 18. — L. A. Duruc, *Des syphilides malignes précoces*. Thèse de Paris. 1864. — J. Neumann, *Ueber Syphilis der Haut*, Wiener med. Presse, IX, 7, 9, 1868. — M. Schweich, *Etudes sur la classification des syphilides*. Thèse de Paris, 1869. — Moritz Kohn, *Die klinischen und histologischen Charactera der Syphiliden*, Wien. med. Wochenschr., XX, 55, 56, 57, 1870.

Désignées sous le nom de *pustules* par les auteurs des derniers siècles, les affections cutanées d'origine syphilitique étaient déjà connues de Gaspard Torella (1498), qui les classait en pustules sèches et en pustules humides : « Species pudendagræ sunt plures, nam alia est sicca, alia est humida..... Sicca est triplex, humida etiam est triplex. » A. Benivenius (1), en 1507, admettait cinq variétés de ces mêmes affections. Leonicenus (2) reconnaissait également plusieurs formes qu'il distinguait, en s'appuyant sur les idées humorales de l'époque, en bilieuses, mélancoliques, etc. Haffenreffer (3) rangeait sous quatre chefs les accidents de la syphilis. Sa division toutefois diffère peu de celle de Torella ; la voici : 1° la pelade et l'onglade ; 2° les taches et les boutons secs ; 3° les boutons humides, les croûtes et les ulcères ; 4° les affections plus profondes. Plenck (4), en 1783, fit connaître une division qui comprenait dix espèces syphilitiques ; Cullerier et Bard (5) (1820) divisèrent les pustules vénériennes en onze classes : ortiées, miliaires, galeuses, lenticulaires, merisées, muqueuses, séreuses, squameuses, croûteuses, ulcérées, végétatives. Lagneau conserva le mot *pustules* pour désigner les éruptions cutanées syphilitiques, dont il reconnaissait douze espèces. Ces éruptions ont été ainsi l'objet de divisions et de subdivisions nombreuses dans lesquelles on faisait rentrer trop souvent peut-être des affections qui n'avaient rien de spécifique.

Au commencement de ce siècle, Alibert (6) créa le nom de syphilide dans le but de réunir en un seul faisceau toutes les manifestations cutanées de la syphilis : il constitua, de cette sorte, une famille des plus naturelles au point

(1) *De morbo gallico tractatus*, dans *Aphrodisiacus*, 399.
(2) *Ibid.*, p. 38. *Liber de Epidemia*, etc. Venetiis, 1497.
(3) Πανδεχεῖον αἰολόδερμον, *in quo cutis*, etc. Tubingue, 1630, in-8°. Ulm, 1660, in-8°.
(4) *Doctrina de morbis cutaneis, qua hi in suas classes, genera et species rediguntur*. Vienne, 1783, in-8°.
(5) *Dictionnaire des sciences médic.*, t. XLVI, p. 271.
(6) *Nosologie naturelle*, Paris, 1838.

de vue de la nosographie dermique, mais non dans une description générale de la syphilis. Sous cette dénomination sont comprises, en effet, des affections différentes et par la lésion qui les produit et par l'époque de leur apparition dans le cours de la maladie.

La classification d'Alibert prévalut toutefois, mais elle se ressentait de la confusion qui régnait dans les divisions de ses prédécesseurs ; il appartenait à Biett d'apporter la méthode et la clarté dans le groupe des affections cutanées syphilitiques. Appliquant à la classification de ces affections les principes de la nomenclature de Willan, Biett admit six ordres de syphilides : exanthématiques, vésiculeuses, pustuleuses, papuleuses, squameuses, tuberculeuses.

Les nombreux élèves de Biett, en développant ses idées fécondes, donnèrent au diagnostic des syphilides une précision vraiment remarquable. Grâce aux travaux de Cazenave, Rayer, Gibert, Legendre, Martins, Bassereau, Devergie et Hardy, le groupe des syphilides est aujourd'hui bien connu. Fidèles aux préceptes du maître, ces auteurs n'ont apporté aucun changement essentiel dans la division des syphilides. Bassereau, cependant, a ajouté aux six ordres de Biett deux divisions nouvelles, qui sont : la syphilide papuleuse humide et la syphilide bulleuse ; Hardy décrit, de plus, une syphilide pigmentaire.

La méthode de Biett, en somme, nous a donné une connaissance exacte des lésions élémentaires cutanées d'origine syphilitique ; un seul reproche peut lui être adressé, qui est d'avoir rapproché des manifestations appartenant à des phases différentes de l'évolution de la syphilis. Ricord insista d'abord sur l'importance qu'il y aurait à tenir compte de cette évolution dans la classification des éruptions syphilitiques, et Bazin (1), plus tard, sans s'éloigner de la méthode de Biett, proposa une division basée à la fois sur la marche de la maladie et sur la nature de la lésion élémentaire.

Il existe pour ce médecin deux grandes classes de syphilides, les unes résolutives, les autres ulcéreuses. Les syphilides résolutives sont exanthématiques ou circonscrites. Les syphilides résolutives exanthématiques sont : érythémateuses, papuleuses, pustuleuses, vésiculeuses. Les syphilides résolutives circonscrites sont : tuberculeuses, pustulo-crustacées et papulo-vésiculeuses. Quant aux syphilides ulcéreuses, elles se divisent en syphilides puro-vésiculeuses, tuberculo-ulcéreuses et gommeuses.

Ce changement apporté à la classification de Biett a l'avantage d'éloigner et de séparer des affections différentes, non pas quant à leur origine, mais quant à leur constitution anatomique et à leur signification pathologique. Toutefois, nous ne saisissons pas bien l'utilité de la division principale. Les syphilides circonscrites, qui constituent la deuxième section de la classe des syphilides résolutives, ont beaucoup moins d'analogie avec les syphilides exanthématiques dont elles sont rapprochées, qu'avec les syphilides ulcéreuses, puisque, comme ces dernières, elles possèdent le triple caractère d'apparaître tardivement, de se montrer par petits groupes et de présenter des lésions profondes. Ces caractères, nous les croyons suffisants pour être autorisé à ranger

(1) *Leçons sur les syphilides*. Paris, 1859.

parmi les affections de la dernière période de la syphilis le groupe tout particulier des syphilides circonscrites non ulcéreuses : car la peau, de même que les autres organes, peut être différemment influencée par la syphilis, et les altérations qu'elle présente, bien qu'identiques, peuvent avoir des terminaisons diverses suivant les différents individus. L'ulcération n'est pas du reste un caractère fondamental, et personne, que je sache, n'a l'idée de diviser en deux catégories les gommes sous-cutanées, par ce seul fait que les unes se terminent par résolution, tandis que les autres amènent la destruction et l'ulcération du tégument externe.

En conséquence de ces considérations, nous pensons que les affections syphilitiques de la peau, les unes hâtives, superficielles et disséminées, les autres tardives, profondes et circonscrites, se divisent naturellement en deux grandes classes :

Les syphilides précoces et exanthématiques (accidents secondaires) ;

Les syphilides tardives et circonscrites (accidents tertiaires).

Nous allons dès à présent étudier les affections qui rentrent dans le premier groupe : plus tard nous ferons connaître celles qui se rattachent au second.

Les syphilides exanthématiques ont pour caractères de se disséminer à la surface de la membrane tégumentaire externe, d'apparaître par poussées successives, d'être polymorphes, et de coexister avec des adénopathies sous-cutanées multiples et indolentes. De plus, elles sécrètent, pour la plupart, des produits inoculables à des individus vierges de syphilis, elles ne déterminent aucune sensation prurigineuse, et présentent une coloration rouge maigre de jambon ou cuivrée, conséquence de l'arrêt du sang dans les vaisseaux comprimés, et de l'issue de la matière colorante hors de ces vaisseaux. Ces éruptions sont constituées par l'infiltration nettement limitée dans les couches superficielles du derme de cellules arrondies, petites et assez semblables aux cellules des bourgeons charnus. Accumulés et tassés au pourtour des vaisseaux, entre les trabécules du tissu cutané, ces éléments ne sont pas susceptibles d'une organisation définitive, ils dégénèrent au bout d'un certain temps et disparaissent, le plus souvent par atrophie graisseuse, quelquefois aussi après suppuration. Le développement et la régression de cette nouvelle formation suivent une loi bien déterminée : le centre, composé des éléments les plus anciens, est la première partie envahie par la dégénérescence ; les parties périphériques, au contraire, formées d'éléments plus jeunes, sont modifiées et disparaissent toujours plus tardivement. Si l'on pratique une section perpendiculaire à travers une papule considérée comme type des syphilides exanthématiques, on voit qu'elle est formée par des cellules accumulées dans le chorion et au niveau des papilles qu'elles compriment, tandis qu'elles distendent les cellules de la couche épidermique, qui plus tard se ride et se desquame. Semblable mode de développement existe pour les syphilides plus étendues, également remarquables par une délimitation nette et bien tranchée, contrairement à ce qui a lieu pour les affections non syphilitiques de la peau. Si les infiltrations syphilitiques viennent à suppurer, les détritus cellulaires se mélangent avec la sérosité sanguinolente et forment, en se desséchant, une croûte épaisse. Quand l'exsudat liquide est abondant, il se forme des vésicules :

mais ces dernières sont toujours entourées d'un bord dur et résistant, qui les distingue de l'herpès et du pemphigus non syphilitiques. Ce caractère d'ailleurs peut aussi servir à différencier les ulcères spécifiques des ulcères d'une autre nature. L'infiltration cellulaire du derme fait défaut pour ainsi dire, toutes les fois que les syphilides s'étendent sur une petite surface comme dans le lichen; elle est fort peu marquée dans la roséole syphilitique; et dans l'acné ou varicelle syphilitique, le centre de la papule se trouve remplacé par un follicule. En somme, les syphilides sont dues à l'infiltration des parties superficielles de la peau par des éléments cellulaires dont l'accumulation en des points divers détermine à la surface du tégument une saillie circonscrite variable de forme et de consistance. Le siége plus ou moins superficiel de cette infiltration néoplastique, son abondance plus ou moins grande, et surtout sa marche ultérieure réglée en grande partie par l'état général du sujet, nous expliquent les différentes variétés de syphilides, les unes simplement papuleuses, les autres vésiculeuses, pustuleuses ou même ulcéreuses.

Les syphilides exanthématiques admettent effectivement plusieurs variétés, qui sont désignées par les noms suivants : syhilide érythémateuse; syphilide papuleuse; syphilide pustuleuse; syphilide vésiculeuse; syphilides squameuse et pigmentaire. Chacune de ces variétés peut être précédée ou accompagnée d'alopécie, d'onyxis et des symptômes généraux qui marquent habituellement le début de la période secondaire. Au point de vue de leur fréquence relative, ces accidents occupent à peu près le rang que nous leur donnons ici, et ce rang est encore celui que présentent ces manifestations eu égard à la rapidité du temps écoulé entre l'accident primitif et leur apparition.

SYPHILIDE ÉRYTHÉMATEUSE.

Synonymie : Roséole syphilitique (Biett); pustule orficée ou formiculaire (Trappe et Lagneau).

L'érythème, l'une des manifestations les plus fréquentes et les plus précoces par lesquelles se traduit la syphilis, apparaît souvent pendant la durée même de l'accident primitif.

Il se caractérise tantôt par des taches non saillantes, d'une couleur rose pâle, et qui disparaissent par la pression; tantôt par des plaques d'un rouge vif ou foncé, formant une légère élevure, et peu ou point modifiées par la pression. De là deux variétés : l'érythème maculeux et l'érythème papuleux, dont la coexistence est loin d'être rare. Bazin admet de plus une roséole granuleuse et une roséole squameuse, caractérisées, la première par de petites saillies papuleuses, la seconde par des macules primitivement recouvertes de squames.

Gaspard Torella (1) nous a laissé sur cette affection l'une des premières observations. Un homme, à la suite de grandes fatigues dans le mois d'août 1497, fut atteint de la maladie nouvelle. Des ulcères sanguins et putrides, accompagnés de plaques rouges, se montrèrent aux organes génitaux; les

(1) *Tractatus cum consiliis contra pudendagram*, 1497, in-4°, et *Aphrodisiacus*, p. 545

taches rouges s'étalèrent ensuite par tout le corps. « Invenit totum corpus infectum maculis latis, rubeis, sine pustulis. » Les ulcères avaient des croûtes épaisses comme l'écorce d'un arbre. A ces accidents succédèrent des douleurs au cou, à la tête et aux épaules.

Après Torella, il faut arriver à Matthiole pour retrouver l'indication de l'érythème syphilitique. « Sunt qui maculas tantum rubeas in luteum tendentes colorem monstraverint, etc. (1). »

A. Ferrier (2) mentionne ce même accident dont Fernel fait une des manifestations caractéristiques de la syphilis. La peau, dit ce dernier, se couvre de taches nombreuses, tantôt rouges, tantôt fauves. « Cutis universa crebris maculis minime tuberantibus aspergitur, iisque parvis, lentiginis instar, ac modo rubris, modo flavis. »

Al. Pétrone (3) nous apprend qu'en 1565 la syphilis se manifestait presque toujours par des macules rouges ou par des papules ; l'érythème syphilitique était donc aussi fréquent à cette époque qu'aujourd'hui. Après cet auteur on trouve peu de données relatives à cette manifestation.

Les syphiligraphes du XVIIe et du XVIIIe siècle ne paraissent pas attacher une grande importance à cet accident. Astruc et Hunter en parlent à peine ; aussi, dans la première moitié du XIXe siècle, l'histoire de l'érythème syphilitique est-elle encore très-imparfaite. Trappe et Lagneau, et plus tard Cuilerier et Alibert, désignent sous la dénomination de pustules ortiées, ou lormiculaires, cette éruption à laquelle Biett et ses élèves, Cazenave et Schedel, donnent le nom de *roséole syphilitique*. Rayer reconnaît une syphilis maculée dont il rapporte une observation. Baumès, Gibert, Ricord, admettent la roséole syphilitique, que Bassereau d'abord et plus tard Bazin et Hardy ont soigneusement décrite.

L'érythème syphilitique paraît se développer indifféremment dans toutes les saisons de l'année, chez les deux sexes et à tous les âges de la vie. De même que la plupart des éruptions cutanées, il est d'une fréquence relativement plus grande dans les régions chaudes que sous notre climat ; nous reviendrons sur ce point.

Cette éruption débute par le tronc, rarement par la face ; son développement est tantôt lent et progressif, tantôt rapide au point d'envahir en moins de trente heures une grande partie de la surface cutanée, ce qui arrive lorsque l'éruption est provoquée par une cause occasionnelle, telle qu'une émotion vive, un bain chaud, une fatigue excessive ou des excès alcooliques. Les hypochondres, les flancs, les parties antérieure et latérales du thorax, les épaules, la face interne des membres en sont le siége habituel ; mais on la retrouve encore sur le dos, au visage et à la paume des mains. Pour Bazin, l'affection précoce de la paume des mains généralement connue sous le nom de *psoriasis palmaire syphilitique* n'est, en effet, qu'une variété de roséole syphilitique. Dans les régions où apparaît cette manifestation, la peau commence par se nuancer de petites taches roses, à peine apparentes, mais qui au cou-

(1) *Traité du mal français*, 1535, et *Aphrodisiacus*, p. 248.
(2) *De pudendagra*, cap. III, *Aphrodisiacus*, p. 907.
(3) *De morbo gallico*, *Aphrodisiacus*, p. 1167.

tact de l'air prennent une teinte violacée et peuvent simuler à s'y méprendre les marbrures vasculaires bleuâtres que le froid développe à la surface de la peau. Peu à peu ces taches se colorent davantage et acquièrent une plus grande étendue. D'une longueur qui varie entre 1 millimètre et 1 centimètre, les taches érythémateuses présentent des bords irréguliers, déchiquetés, et une disposition rarement bien déterminée. Quelquefois elles affectent par leur réunion la forme circulaire ou semi-circulaire commune à un grand nombre d'affections syphilitiques. Une jeune femme qui en était à sa seconde éruption, m'a présenté des taches de l'étendue d'une pièce de un franc, dont le centre n'était nullement coloré (érythème annulaire).

Ces taches rarement prurigineuses, varient avec l'âge, le sexe, la constitution des malades, et sont en général plus apparentes l'été que l'hiver, plus marquées chez les sujets blonds, à peau fine, que chez ceux qui ont la peau brune. Elles peuvent être modifiées par la région où on les observe : ainsi, tandis que la face dorsale des mains et des pieds est le siége ordinaire de taches roses, les régions palmaire et plantaire se couvrent de taches papuleuses d'un rouge foncé, sensibles à la pression, et sur lesquelles se forment rapidement des plaques épidermiques arrondies, squameuses, qui constituent une des formes de la syphilide cornée de Bassereau et de la roséole squameuse de Bazin. La roséole granuleuse de ce dernier auteur est caractérisée par la présence de petites saillies papuleuses traversées chacune par un poil, et vraisemblablement formées par les follicules pileux augmentés de volume.

L'érythème syphilitique a une marche généralement lente, même dans les cas exceptionnels où son début soudain ressemble à celui d'une fièvre éruptive. Il apparaît le plus souvent par poussées successives, et de là les nuances variées de la peau, qui prend un aspect particulier (*peau truitée* de J. L. Petit). La durée de cet accident varie entre quelques semaines et plusieurs mois. Il se termine par résolution ou par desquamation, laissant à sa suite des macules brunâtres ou jaunâtres, plus caractéristiques, au dire de Gibert, que l'éruption elle-même. Cet érythème est sujet à des récidives (18 fois sur 192, Bassereau), les excès de fatigue et les boissons alcooliques en sont les causes occasionnelles les plus communes. La nouvelle éruption n'est plus ordinairement, comme la première, précédée de symptômes généraux; elle n'en diffère pas d'ailleurs d'une façon sensible.

Diagnostic. — Il n'est pas toujours facile de reconnaître l'érythème syphilitique. A son début, cet accident peut passer inaperçu, si l'on n'a pas soin d'examiner attentivement et obliquement l'enveloppe cutanée. La disposition particulière des taches, en général plus confluentes à la partie antérieure du tronc, la lenteur d'évolution de l'éruption et sa coloration, voilà les principaux signes diagnostiques. Ces signes n'ont à la vérité rien d'absolu, mais les manifestations morbides concomitantes, telles que chancres, adénopathies, plaques muqueuses, alopécie, etc., ne laissent aucun doute sur l'origine de l'érythème.

La rougeole et la scarlatine, maladies dont les éruptions ressemblent quelquefois à l'érythème syphilitique, se reconnaissent à l'intensité de la fièvre qui les accompagne, à leur marche aigue, et à la localisation qu'elles présentent

dès leur apparition, la rougeole vers la muqueuse oculo-nasale, la scarlatine vers la muqueuse pharyngée. Un cas d'urticaire avec érosions hémorrhoïdales et névralgie frontale m'eût donné le change sans la démangeaison.

La roséole vulgaire et les différents érythèmes non syphilitiques ne seront pas confondus avec la roséole qui nous occupe, si l'on tient compte des antécédents du malade et de la présence des adénopathies ganglionnaires. D'ailleurs ces érythèmes se lient à des causes souvent faciles à reconnaître. L'érythème rhumatismal, par exemple, se montre dans le cours ou à la fin d'un rhumatisme articulaire, il débute par les membres, et particulièrement dans le voisinage des articulations. L'éruption que détermine l'usage du copahu, a pu tromper quelques observateurs; mais outre qu'elle n'est accompagnée d'aucune des affections qui coexistent si fréquemment avec la syphilide érythémateuse, la roséole copahuvique, survient en général dans le cours d'une blennorrhagie, et commence d'ordinaire au voisinage des poignets, des jarrets; quelquefois même elle reste limitée à ces régions. L'hydrargyrie ou érythème mercuriel se distingue de la roséole syphilitique par sa forme, sa marche et sa disparition rapide après la cessation d'action du mercure sur l'économie.

Considéré en tant qu'éruption cutanée, l'érythème syphilitique est une affection des plus bénignes. Envisagé comme accident de la syphilis constitutionnelle, il donne lieu à un pronostic moins fâcheux que celui de la plupart des syphilides. Cette opinion, adoptée aujourd'hui par bon nombre d'observateurs, avait déjà été émise par Fernel, qui avait parfaitement noté l'absence de récidives graves à la suite de la syphilide érythémateuse (« quam nulla alia sequuntur graviora symptomata »).

SYPHILIDE PAPULEUSE.

Synonymie : Syphilide tuberculeuse disséminée (Biett); syphilide merisée (Alibert); syphilide papulo-tuberculeuse (Bazin).

De même que l'érythème syphilitique, la syphilide papuleuse, connue de quelques syphiligraphes du XVIe siècle (Jean Benedetti et Nicolas Massa), était à peu près ignorée des médecins du XVIIe et du XVIIIe siècle. Toutefois, Cullerier l'ancien et ses élèves en donnèrent une description déjà assez complète sous les dénominations de *pustules miliaires, lenticulaires, merisées*. Plus tard, Alibert reconnut une syphilide lenticulaire et une syphilide pustuleuse; mais Carmichaël, le premier, fit de la syphilide papuleuse un genre distinct qui depuis a été étudié par Biett, Rayer, Cazenave, Gibert, Ricord, Ch. Martins, Legendre, Bassereau, Hardy, etc.

Sous cette dénomination nous comprenons, à l'exemple de Bazin, la syphilide papuleuse des auteurs et la syphilide tuberculeuse disséminée, éruption précoce et en cela bien différente de la syphilide tuberculeuse circonscrite, toujours tardive.

La syphilide papuleuse est caractérisée par des saillies plus ou moins volumineuses, arrondies, ordinairement disséminées, solides, sèches, se terminant toujours par résolution, et laissant sur la peau de petites dépressions brunâtres

non persistantes. Elle siège de préférence sur le tronc, et particulièrement sur le ventre, les flancs et le dos ; on la trouve encore sur les membres, au front et sur le cuir chevelu. Elle peut envahir simultanément toutes les régions du corps, mais le plus souvent elle procède par poussées successives, après avoir commencé par un point déterminé. La saillie papuleuse qui lui a valu son nom, quoique très-variable, ne dépasse pas ordinairement le volume d'une petite lentille. Sa coloration, à laquelle on a voulu attribuer une valeur diagnostique exagérée, est loin d'être constante, elle varie avec la période de l'éruption. Lorsqu'elles commencent à poindre, les papules offrent une coloration rose ou rouge susceptible de disparaître sous la pression du doigt, et assez analogue à celle des taches rosées de la fièvre typhoïde. Plus tard, en se développant, elles prennent une teinte rouge cuivré qui ne s'efface plus complétement sous le doigt, et qui est, avec juste raison, regardée comme très-significative ; cette teinte est toujours plus marquée sur les extrémités inférieures.

Les auteurs ne sont pas tous d'accord sur le point précis de cette lésion élémentaire. Quelques-uns (1) pensent que les follicules sébacés ou pileux en sont le principal siège. C'est là un fait qui leur paraît peu douteux, du moins en ce qui concerne la syphilide papuleuse miliaire. Nous nous garderons d'une affirmation sur ce point, quand surtout nous croyons que les papilles du derme, comme les bulbes pileux, peuvent être le point de départ de cette affection.

Après une durée plus ou moins longue, les papules syphilitiques s'affaissent et se recouvrent d'une écaille épidermique qui bientôt se rompt, et laisse autour du point saillant une collerette blanchâtre sur laquelle Biett insistait avec raison ; c'est là en effet l'un des bons caractères de cette forme de la syphilis cutanée exanthématique. Des taches violacées ou jaunâtres, toujours superficielles, mais non indélébiles, succèdent à l'éruption dont il s'agit.

La syphilide papuleuse comporte plusieurs variétés ; suivant Bassereau, elle comprend trois espèces : les papules lenticulaires, les papules coniques, les papules miliaires. Hardy ne reconnaît que deux variétés, les papules lenticulaires et les papules plates. Avec Bazin nous admettrons une syphilide *papuleuse lenticulaire* et une *syphilide papuleuse miliaire*. Les papules coniques ou hémisphériques, dans la première de ces variétés, sont remarquables par leur grosseur, qui peut atteindre celle d'une semence de lentille ou d'une merise, tandis que dans la seconde, dite encore lichen syphilitique, elles ne dépassent pas la grosseur d'un grain de millet. Outre ces variétés, l'éruption papulo-tuberculeuse syphilitique présente des différences en rapport avec les régions où on l'observe. Au cuir chevelu, cette éruption est rarement bien dessinée, et presque toujours recouverte de croûtes squameuses du genre de celles qui coexistent ordinairement avec l'érythème syphilitique. A la face, on observe encore cette même forme, dont le siége au front produit l'une des variétés de la couronne de Vénus. Le propre des papules de la paume des mains et de la plante des pieds est de se couvrir de squames qui sont fréquemment prises pour un psoriasis. Dans quelques cas les papules sont surmontées d'une petite

(1) Voyez Hermann Zeissl, *Lehrbuch der constitutionellen Syphilis*, p. 115. Erlangen, 1864.

ampoule remplie d'un liquide blanchâtre qui bientôt se concrète et tombe, laissant à découvert une saillie lisse, luisante, d'un rouge cuivré.

La marche de la syphilide papuleuse est essentiellement chronique. Abandonnée à elle-même, cette manifestation a une durée qui peut être de un à plusieurs mois, non pas tant à cause de la lenteur d'évolution de la lésion élémentaire que du développement successif de nouvelles papules, quoique ces dernières disparaissent en général plus vite que les premières. La résolution est leur mode de terminaison pour ainsi dire constant, la tendance à l'ulcération étant pour ainsi dire nulle. Comme l'érythème, moins fréquemment toutefois, la syphilide papuleuse est sujette à récidive : Bassereau dit en avoir observé deux exemples. Elle ne succède pas toujours immédiatement au chancre, mais parfois on la voit venir à la suite d'une syphilide érythémateuse. Les affections syphilitiques qui accompagnent le plus souvent la syphilide papulo-tuberculeuse sont l'érythème, les plaques muqueuses, le chancre et l'ecthyma superficiel.

Diagnostic. — La disposition des papules et leur couleur cuivrée, la desquamation particulière qui se manifeste à leur pourtour après un certain temps, sont des signes objectifs qui permettent peu de confondre la syphilide papuleuse avec des affections d'une tout autre origine, même en l'absence de symptômes syphilitiques concomitants.

L'éruption de la fièvre typhoïde s'en distinguera par son peu d'étendue, le petit volume des taches et l'existence d'une fièvre intense. La miliaire fébrile est accompagnée de sueurs abondantes et de troubles digestifs qu'on ne rencontre pas ordinairement dans la syphilide papuleuse. Parmi les éruptions vulgaires, certaines variétés de lichen pourraient faire supposer une syphilide papuleuse, si le prurit qui se lie à leur présence et l'absence de tout symptôme syphilitique n'indiquaient suffisamment qu'elles n'ont point une cause spécifique. Les saillies indurées de l'acné vulgaire, également susceptibles d'être prises pour des papules syphilitiques, se reconnaissent à leur siége d'élection, qui est la face et la région du dos, et plus tard aux cicatrices plissées qu'elles déterminent.

Nous venons de voir que les papules syphilitiques n'altèrent pas la texture de la peau : à ce point de vue par conséquent leur pronostic est peu sérieux. Considérées dans la série des manifestations syphilitiques, ces éruptions ne constituent pas davantage un symptôme fâcheux, relativement du moins aux formes tardives de la syphilis cutanée.

SYPHILIDE PUSTULEUSE.

SYNONYMIE : Pustules syphilitiques (*pustulæ crustosæ, ambulativæ*, etc.).

On désigne sous ce nom une éruption disséminée, caractérisée par une collection purulente, et qui ne laisse à sa suite qu'une cicatrice légère.

Cette éruption, par sa fréquence, prend place immédiatement après les syphilides érythémateuse et papuleuse. L'une des manifestations syphilitiques les plus communes de la fin du XVe et du commencement du XVIe siècle, elle

sévissait alors avec une grande intensité ; aussi est-elle peinte sous les plus sombres couleurs, ulcérant les chairs et rongeant jusqu'aux os. Aujourd'hui, elle a beaucoup perdu de cette gravité.

La syphilide pustuleuse peut s'étendre à toute la surface de la peau, mais elle débute ordinairement par le cuir chevelu ou la face, pour de là gagner le tronc et les membres. La partie la plus superficielle du derme qui circonscrit les poils semble en être le siége anatomique. Elle se présente sous des aspects variés, mais, quelle que soit la forme qu'elle revête, elle a une évolution peu variable : tout d'abord elle apparaît sous la forme d'une tache fauve, rouge ou cuivrée; vient ensuite un bouton de petit volume qui suppure et se recouvre d'une croûte ; cette croûte tombe, et il reste une légère ulcération indicatrice.

Elle comprend plusieurs variétés. Beaucoup d'auteurs n'en admettent que deux, la syphilide ecthymateuse et la syphilide acnéiforme. Avec Bassereau et Bazin nous décrirons les trois modalités qui suivent :

1° La *syphilide pustuleuse lenticulaire* de Bazin (1), *acnéiforme* de Bassereau, que caractérisent des pustules du volume d'une petite lentille, composées d'une base rouge surmontée d'une ampoule remplie de sérosité louche ou de pus. Discrètes, réunies en groupes, ces pustules, par leur base indurée et leur sommet purulent, ressemblent à l'éruption de la varioloïde. Primitivement elles se développent sur la face ou sur le cou, après quoi elles s'étendent par poussées successives sur la plupart des régions du corps sans avoir jamais, comme les pustules de l'acné vulgaire, leur siége presque exclusivement sur les parties supérieures du tronc.

Après avoir persisté pendant un temps plus ou moins long, le contenu de la pustule, peu développée, disparaît rapidement, laissant à sa suite une tache rouge saillante qui est le siége d'une desquamation épidermique. Quand, au contraire, l'ampoule est prononcée, son contenu se solidifie en croûtes grises jaunâtres qui se détachent et laissent une ulcération superficielle suivie d'une cicatrice blanche, arrondie, légèrement déprimée, différente de la cicatrice allongée et plissée qui appartient à l'acné vulgaire.

2° La *syphilide pustuleuse miliaire* de Bazin, *impétiginoïde* de Bassereau, débute sur les mêmes régions que la variété précédente ; elle consiste en de petites ampoules traversées à leur centre par un poil et entourées d'une auréole d'un rouge vif. Le pus s'y concrète parfois, et alors se forme une croûte jaunâtre ou grisâtre analogue à celle de l'impétigo. La cicatrice qui survient plus tard est remarquable après un certain temps par sa décoloration centrale, encadrée par un rebord cuivré, lequel disparaît peu à peu.

3° La *syphilide pustuleuse phlyzacée* (ecthyma syphilitique superficiel disséminé) a des pustules plus étendues, disséminées, quelquefois ombiliquées au centre et toujours entourées d'une auréole rouge. Ces pustules renferment un liquide qui, en se concrétant, souvent après plusieurs semaines d'un état stationnaire, forme des croûtes brunes ou noirâtres. Celles-ci laissent à nu une tache livide dont la disparition s'opère lentement, et plus tard une cicatrice blanche, mais différente de la cicatrice gaufrée de la variole.

(1) Bazin, article *Acné syphilitique* du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. 1, p. 571.

La marche de la syphilide pustuleuse est subaiguë ou chronique ; sa durée, variable, est généralement de plusieurs mois, grâce surtout à son mode d'apparition par poussées successives.

Diagnostic. — Lorsqu'elle est précédée de phénomènes généraux, la syphilide pustuleuse phlyzaciée pourrait tout d'abord faire croire à une varioloïde ou à une variole ; mais la différence dans la marche et dans l'intensité des symptômes généraux, les antécédents morbides du malade et les lésions syphilitiques concomitantes ne peuvent longtemps prêter à l'erreur.

Parmi les éruptions non fébriles, l'acné ordinaire est facilement confondue avec la syphilide pustuleuse lenticulaire, mais elle s'en distingue par des pustules plus volumineuses et d'un rouge plus sombre. Les pustules acnéiques, du reste, siègent sur la face et le dos, sans jamais se montrer sur les jambes, elles sont suivies de cicatrices blanches allongées et plus profondes.

Les éruptions symptomatiques de la gale donnent lieu à un prurit intense et se caractérisent par des sillons particuliers qui vont aboutir à des vésicules dont le siége ordinaire est le ventre, les fesses et la verge. On peut facilement les différencier.

Le pronostic de la syphilide pustuleuse est en général plus sérieux que celui des formes exanthématiques dont nous avons parlé jusqu'ici, à cause des récidives nombreuses (quinze fois sur soixante-douze cas, Bassereau) auxquelles elle est sujette. L'exsudation purulente serait en outre, suivant plusieurs syphiligraphes, l'indice d'une syphilis grave. Mais il est bon de faire observer qu'un grand nombre d'auteurs comprennent dans le groupe des syphilides pustuleuses l'ecthyma profond et le rupia; ainsi on s'explique la tendance à voir le pronostic de l'affection qui nous occupe plus fâcheux qu'il ne l'est réellement.

Les relevés de Bassereau établissent que le chancre qui précède l'éruption pustuleuse se présente le plus souvent sous forme d'ulcération profonde ou phagédénique. L'espace de temps qui sépare le moment de la contagion de l'apparition de la syphilide pustuleuse diffère peu de ce qu'il est dans les syphilides érythémateuse et papuleuse.

SYPHILIDE VÉSICULEUSE.

Synonym. : Pustules syphilitiques vésiculeuses, séreuses (*herpes syphilitiques*, etc.).

Cette manifestation relativement rare est caractérisée, comme son nom l'indique, par la présence de petites ampoules séreuses plus ou moins régulièrement disposées à la surface de la peau. Admise par Trappe, Cullerier l'ancien, sous le nom de pustule séreuse, et par Alibert, sous la dénomination de syphilide pustuleuse miliaire et scabioïde, la syphilide vésiculeuse est mieux étudiée depuis les importants travaux de Cazenave et Schedel, de Bassereau, qui en ont donné des observations détaillées (1).

(1) Comparez : Roth, et Kleinhaus, déjà cités. — Lorda, *Gaz. des hôpitaux*, 1862, p. 52. — L. Kleinwachter, *Wien. med. Wochenschr.*, XVI, p. 98, 1866, et *Schmidt's Jahrb.*, t. CXXXVII, p. 180.

L'une des formes les plus rares de la syphilis cutanée, elle est aussi celle sur laquelle les auteurs sont le plus en dissidence. Bassereau, qui en a observé seulement douze cas, admet les quatre variétés suivantes :

La syphilide vésiculeuse *à forme de varicelle*, dans laquelle les vésicules disséminées, tantôt acuminées, tantôt globuleuses et quelquefois ombiliquées, sont remplies d'une sérosité qui se trouble rapidement et finit souvent par se changer en un liquide purulent ; d'où une ressemblance plus grande avec la varioloïde qu'avec la varicelle. Chaque vésicule est entourée d'ailleurs d'une auréole cuivrée.

La syphilide vésiculeuse *à forme d'eczéma*, dont les vésicules, tantôt transparentes, réunies en groupes ou disséminées, occupent distinctement les follicules pileux de la peau ; tantôt troubles et agglomérées, se couvrent de croûtes flavescentes (*eczema impetiginoides*).

La syphilide vésiculeuse *à forme d'herpès*, qui offre des vésicules disposées en groupes irréguliers ayant l'aspect de l'herpès phlycténoïde, ou bien en groupes arrondis ou ovales affectant la forme circinée. La quatrième variété se distingue par la base dure et cuivrée sur laquelle reposent les vésicules.

Hardy reconnaît les trois premières variétés ; Follin dit avoir observé un cas très-manifeste d'herpès syphilitique ; Bazin n'admet que la syphilide varicelliforme. Celle-ci commence par une tache d'une couleur rouge vif, sur laquelle se développe une petite vésicule arrondie, dont la sérosité devient purulente au bout de huit à dix jours et se transforme en croûtes. Suivant le même auteur, les autres variétés ci-dessus admises ne sont que des manifestations parasitaires arthritiques ou dartreuses. Ce dermographe décrit de plus une syphilide papulo-vésiculeuse circonscrite, qui est l'affection connue de Bayer, d'Alibert, de Baumès et de Cazenave, sous le nom d'*exzéma syphilitique*, et à cette espèce il rattache une variété de syphilide désignée par Erasm. Wilson sous le nom de *syphilide en corymbe*. Cette variété, que nous avons pu observer nous-même dans un cas, est généralement tardive, et sous ce rapport elle appartient plutôt à la période tertiaire. Elle est caractérisée par de larges plaques lichénoïdes, confluentes, formées par des granulations rapprochées, ou mieux par de petites papules rouges, les unes pleines, solides, exfoliées, les autres vésiculeuses à leur sommet. Ces plaques forment une première zone qui est entourée par une seconde dont les éléments papulo-vésiculeux sont plus écartés, de sorte que l'ensemble de l'éruption offre quelque chose de spécial, et affecte réellement une disposition en corymbes.

La marche de la syphilide vésiculeuse est chronique, malgré les phénomènes réactionnels qui s'observent parfois à son début, comme au début de toutes les syphilides exanthématiques. La durée de l'état vésiculeux est habituellement courte, mais la période squameuse qui lui succède se prolonge en général beaucoup plus longtemps, un mois pour le moins. Les vésicules syphilitiques se terminent par résolution après avoir quelquefois légèrement ulcéré les tissus, laissant alors de petites cicatrices qui finissent par s'effacer.

Diagnostic. — La difficulté du diagnostic est ici en rapport avec la rareté de l'affection. La varicelle ordinaire et la variole sont les deux maladies que la syphilide vésiculeuse peut simuler dans les commencements ; mais

la teinteur de la marche, les phénomènes syphilitiques concomitants, ne peuvent laisser longtemps subsister l'erreur. Le prurit est un excellent signe distinctif des herpès ou des eczémas qui ne sont pas de nature syphilitique.

Le pronostic de la syphilide vésiculeuse est peu différent du pronostic des syphilides papuleuse ou pustuleuse. Bassereau n'a jamais vu cette éruption récidiver ou succéder à une autre forme. Dans les douze cas qu'il a observés, elle a toujours été le premier symptôme consécutif à l'accident primitif (érosion chancreuse), et elle s'est toujours montrée de un à six mois après la contagion.

SYPHILIDES SQUAMEUSE ET PIGMENTAIRE.

Ces deux formes élémentaires ne sont pas encore reconnues par tous les syphiligraphes : les uns les admettent en toute certitude, les autres les rejettent d'une façon absolue. Si l'on cherche la cause de cette divergence d'opinions, on voit qu'elle tient en partie à ce que ces manifestations, et surtout l'affection squameuse, sont rarement primitives, et ne constituent en général qu'une des phases d'une autre lésion. Nous ne croyons pas devoir, à l'exemple de quelques auteurs, frapper d'ostracisme ces déterminations morbides, puisque nous avons sous les yeux, à l'heure qu'il est, un cas de psoriasis syphilitique non douteux (1). Cependant nous reconnaissons sans difficulté que ces affections sont beaucoup moins fréquentes que la plupart de celles qui précèdent.

Syphilide squameuse. — Cette affection présente plusieurs variétés. Hardy, qui n'hésite pas à l'admettre, en décrit trois qui sont : la *syphilide squameuse en gouttes*, la *syphilide squameuse circinée*, et la *syphilide palmaire et plantaire* (2).

La *syphilide squameuse en gouttes,* désignée encore par certains auteurs sous le nom de *psoriasis syphilitique*, est caractérisée par des taches arrondies, à peine saillantes, de la largeur de 3 millimètres à 1 centimètre. Ces taches, ou mieux ces papules, d'une coloration d'un brun cuivré, sont recouvertes par des squames fines, blanches, et non imbriquées, qui, venant à tomber au bout de quelques semaines, laissent à leur niveau une tache, sans cicatrice consécutive. Le tronc et les membres supérieurs sont le siége le plus fréquent de cette syphilide, qui apparaît de six mois à deux ans après l'accident primitif et qui se distingue du psoriasis dartreux par un siége différent. En effet, tandis que la première de ces affections se disperse un peu partout, la dernière s'observe principalement aux coudes et aux genoux ; les squames, d'ailleurs, qui ne sont pas imbriquées dans le psoriasis syphilitique, le sont au contraire dans le psoriasis commun.

La *syphilide squameuse circinée* est remarquable par sa disposition circulaire ; elle siége le plus ordinairement à la figure, et n'est en réalité, suivant nous,

(1) Nous avons, depuis notre première édition, observé deux nouveaux faits, qui se trouvent consignés dans la traduction anglaise de notre ouvrage. En relisant ces observations, nous demeurons convaincu de la similitude de la lésion en question avec les plaques syphilitiques décrites par Bazin.

(2) Comparez : Azemar, *De la syphilide squameuse.* Thèse de Paris, 1868.

qu'une variété de syphilide papuleuse ou de syphilide tuberculeuse. Une présomption en faveur de cette manière de voir, c'est que, comme la syphilide tuberculeuse, dont il sera question plus loin, elle ne survient en général qu'après une ou plusieurs années à partir du début de l'accident primitif.

Elle se présente sous la forme de taches d'un rouge brun, peu saillantes, formant des cercles ou des segments de cercle dont le centre est habituellement sain ; sur ces taches, de la grandeur d'une pièce de 1 ou de 2 francs, on voit des squames blanches, fines, non imbriquées. L'absence de prurit et le peu d'extension de cette affection la distinguent de l'herpès circiné.

La *syphilide palmaire et plantaire* (*psoriasis palmaire*) occupe, ainsi que son nom l'indique, la paume des mains et la plante des pieds. Cette éruption à laquelle nous avons déjà fait allusion est caractérisée par des taches un peu saillantes, arrondies, d'une couleur cuivrée, recouvertes de squames dures, grisâtres, confluentes, qui, dans quelques cas, se manifestent sous l'apparence de plaques fendillées donnant lieu à la formation de gerçures ou de rhagades souvent douloureuses. Aux limites des squames ou des plaques, on trouve un liséré brun caractéristique, sous la forme de segments de cercle. Le psoriasis simple ou dartreux, ayant même siége, se différencie par une teinte d'un rouge plus vif, des démangeaisons plus intenses ; le plus souvent il existe en même temps aux coudes et aux genoux.

Syphilide pigmentaire ou maculeuse. — La syphilide *maculeuse*, sur laquelle Monneret (1) et plus tard Hardy (2) ont les premiers fixé l'attention, a été décrite par Pillon (3) sous le nom de syphilide pigmentaire. Elle est caractérisée par des taches arrondies, non saillantes, ayant depuis les dimensions d'une pièce de 50 centimes jusqu'à celles d'une pièce de 1 franc, et une coloration grisâtre ou teinte café au lait. Ces taches ont des bords irréguliers ou déchiquetés ; quelquefois isolées, elles sont le plus souvent réunies en grand nombre dans la même région. Elles s'observent principalement au cou, mais elles se rencontrent aussi sur la figure, à la lèvre supérieure, sur le front, l'abdomen (Hardy) et les jambes (Pillon). Un de mes malades, atteint d'angine et de plaques muqueuses de la bouche, présentait sur le flanc droit des taches grises jaunâtres, manifestement syphilitiques, qui ne durèrent pas moins d'un mois. Tantôt les éléments de cette éruption se confondent par leurs bords, d'autres fois ils laissent entre eux des intervalles de peau blanche formant des marbrures causées par la diminution de teinte du pigment. Ils ne sont accompagnés ni de chaleur ni de démangeaison, et ils ne sont pas suivis de desquamation. Leur époque d'apparition dans la série syphilitique suit ordinairement le déclin de la roséole (4).

Parmi les affections qui peuvent simuler cette modalité symptomatique, il faut citer le pityriasis versicolor, lésion squameuse et non maculeuse, présentant d'ailleurs une teinte plus jaune, et les éphélides, dont les taches larges et accentuées n'existent que rarement au cou.

(1) *Compendium de médecine pratique*, t. VIII, p. 50.
(2) *Leçons cliniques* (*Gazette des hôpitaux*, 1854).
(3) *Des exanthèmes syphilitiques*. Thèse de Paris, 1857.
(4) V. Tanturri, *De la syphilide pigmentaire à fond jaune* (*Il Morgagni*, 1863, Napoli).

ALOPÉCIE SECONDAIRE.

BIBLIOGRAPHIE. — Bern. TOMITANUS, *De morbo gallico* lib. II. De mutationibus gallici morbi, CXVII. *Aphrodisiacus Luisini*, p. 1101. — A. Traj. PETRONE, *De pilorum defluvio et unguium dentiumque casu*, ibid., p. 1332. — RAYER, *Traité des maladies de la peau*, 2e édition, Paris, 1835, t. II, p. 424. — SIGMUND, *Bemerkungen über Krankheitserscheinungen an den Haaren bei Syphilis*, Oesterr. Zeitschrift für prakt. Heilk. n° 37, 1859. — A. CAZENAVE, *Traité pratique des maladies du cuir chevelu*, Paris, 1850. — DIDAY, *Histoire naturelle de la syphilis*. Paris, 1864.

L'alopécie, qui est la chute partielle sinon totale des cheveux ou des poils, doit être regardée comme une des manifestations importantes de l'infection syphilitique. Elle survient en même temps que les symptômes prodromiques, ou tout au moins au début des formes précoces de la syphilis cutanée. Cependant elle se montre aussi plus tardivement ; mais alors elle est le plus souvent la conséquence ou d'une lésion du cuir chevelu, et nécessairement du bulbe pileux, ou d'une altération des os du crâne (exostoses ou périostites). Quelquefois enfin, l'alopécie, résultat en quelque sorte de la débilité générale de l'organisme, est, comme la chute de l'épiderme, un signe de cachexie. De là plusieurs variétés d'alopécie que l'on peut grouper sous deux chefs et qui, par opposition, peuvent être appelées l'une *primitive*, l'autre *consécutive*. La première seulement de ces deux variétés fait partie de la période d'éruption générale et doit nous occuper dès maintenant.

L'alopécie, si l'on en croit plusieurs autorités imposantes du XVIe siècle, ne se serait pas manifestée tout d'abord au début de la grande épidémie, mais seulement après plusieurs années. « Depuis environ six ans, dit Fracastor (1), la maladie (syphilis) a encore changé considérablement. On ne voit maintenant des pustules que chez très-peu de malades, presque point de douleurs, ou des douleurs bien plus légères, mais beaucoup de tumeurs gommeuses. Une chose qui a étonné tout le monde, c'est la *chute des cheveux et des autres poils ;* cela donne un air ridicule ; les uns n'ont point de barbe, les autres point de sourcils ; d'autres ont la tête chauve. D'abord, on attribuait cet accident aux remèdes, surtout au mercure ; mais quand on a été mieux instruit, on a reconnu qu'il venait du changement de la maladie. » Brassavole (2) assure, que depuis vingt ans (c'est-à-dire 1533) il a paru des accidents vénériens qui font douter si la maladie est sur son déclin, ou si elle est changée. Le premier de ces accidents est la *chute des poils*, qui donne aux malades une figure ridicule ; car on ne peut s'empêcher de rire, en voyant des hommes sans barbe, sans sourcils et sans poils aux paupières. Fallope (3) n'est pas moins explicite à cet égard, car il dit (1560 ou 1561) : « Durant les quarante premières années (c'est-à-dire avant 1534), il n'y avait point de *chute de poils* ; mais elle a commencé depuis trente ans. »

Il est évidemment peu probable que l'alopécie syphilitique se soit mani-

(1) *De morbis contagiosis*, lib. III, cap. II. Venise, 1546.
(2) *De morbo gallico*. Venise, 1553.
(3) *De morbo gall.*, cap. XVIII, 156. Comparez Hercule de Savonia, *Luis venereæ perfectissimus Tractatus*. Patavii, 1597.

festée aussi tardivement, et il y a plutôt lieu de croire qu'elle passa inaperçue jusqu'à cette époque. Quoi qu'il en soit, c'est à partir de ce moment que l'on a commencé à considérer la chute des cheveux comme un symptôme de la syphilis. A. Paré, Rondelet (1), N. Massa et beaucoup d'autres auteurs en font mention. Fernel n'en parle pas seulement d'une façon particulière, il signale encore l'époque habituelle de son apparition ; il prétend que, dans le premier degré de la vérole, le virus s'insinue sous l'épiderme comme une vapeur, d'où la chute des poils et des cheveux ; ainsi il fait de l'alopécie l'une des premières manifestations de l'infection consécutive.

Cet accident, souvent lié à la céphalée prodromique, est assez fréquent pour que Diday l'ait observé 53 fois sur 60 malades. Son siége est le cuir chevelu, plus rarement les sourcils, la barbe et les poils du corps. Les femmes, au rapport de ce même auteur, sont plus sujettes que les hommes à la chute des poils du visage. L'une des premières modifications du poil est un état de sécheresse qui n'est pas ordinaire ; s'il s'agit des cheveux, on les voit bientôt perdre leur brillant et leur élasticité ; ils deviennent cassants, lanugineux, et parfois même leur couleur s'altère par suite d'une diminution dans la formation du pigment. Sigmund va jusqu'à prétendre que les cheveux noirs de l'adulte peuvent grisonner dans ces conditions. L'alopécie commence, en général, à la suite des premières poussées secondaires, elle s'observe encore à la fin de la première année, fort peu dans la seconde. Les cheveux tombent sous l'influence de la plus légère traction, la chute n'en est le plus souvent que partielle, elle se fait par îlots (simple éclaircissement de la chevelure), dans une plus ou moins grande étendue du cuir chevelu ; plus rarement elle se fait en masse, et elle reste limitée à certaines régions et particulièrement aux régions temporales. Ce n'est pas communément que cet accident envahit toute la surface cutanée. Cependant un malade observé par Vidal de Cassis (2) présenta, dans la convalescence d'un eczéma syphilitique généralisé, la chute des cheveux et de tous les poils de la face et de la partie supérieure du corps. Il y eut guérison.

L'alopécie fait son évolution lentement et dure ordinairement de un à plusieurs mois ; mais qu'elle soit partielle ou générale, si elle a lieu au début de la diathèse, la guérison complète en est la règle ; les cheveux repoussent ; d'abord plus fins qu'auparavant, ils ne tardent pas à reprendre la vigueur et la consistance primitives.

Cet accident n'est pas seulement un symptôme de la syphilis secondaire, il se rencontre encore dans un grand nombre de maladies qui portent une profonde atteinte à la constitution. On le voit survenir à la suite de la fièvre typhoïde, de l'état puerpéral, etc. Toutefois, il est possible de reconnaître ces différentes sources, pour peu qu'on soit renseigné sur les antécédents morbides du malade. Il est des cas d'ailleurs où le simple siége de l'affection suffit pour éclairer le diagnostic. Ainsi, la calvitie qui occupe uniquement la partie supérieure et moyenne du crâne n'a pas une cause spécifique ; elle reconnaît plutôt une origine dartreuse. Ce point est important à connaître, car il n'est aucune circonstance qui ne doive être invoquée pour le diagnostic comme

(1) *Aphrodisiacus* de Luisinus, p. 938.
(2) *Traité des maladies vénériennes*, 1855, p. 420.

pour le pronostic de la syphilis, et, à ce dernier point de vue, l'alopécie, lorsqu'elle est étendue et qu'elle persiste pendant longtemps, une année par exemple, peut être regardée comme un signe fâcheux. Rarement la syphilis qu'elle accompagne guérira d'une manière spontanée (1).

Tous les auteurs ne s'accordent pas sur la condition pathogénique de l'alopécie syphilitique. Cet accident, qui, suivant les uns, est la conséquence d'une éruption du cuir chevelu, est regardé par les autres comme un effet de l'anémie que détermine l'infection syphilitique. Le mercure aussi a été mis en cause, mais à tort. Bassereau, qui partage la première opinion, prétend que les cheveux tombent d'autant plus abondamment qu'il s'est formé un plus grand nombre de pustules sur le cuir chevelu. Mais cependant on ne peut soutenir que la chute des poils soit uniquement et nécessairement produite par cette éruption. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle s'observe sur des points où l'on ne trouve souvent aucune trace de lésion cutanée. Il n'en faut pas moins reconnaître qu'elle est le résultat d'une lésion du follicule pileux, tantôt directe et primitive, tantôt indirecte ou consécutive.

ONYXIS SECONDAIRE.

Bibliographie. — Delpech, *Chirurgie clinique de Montpellier*, 1823, t. I, p. 365. — Rayer, *Traité des maladies de la peau*, 2e édit., p. 341. Paris, 1835. — Gazenave, *Traité des syphilides*. Paris, 1843, p. 429. — Em. Kohn, *Zur Pathologie und Therapie der Nagelerkrankungen syphilitischer*, Wien. med. Press, XI, 24, 27, 28, 1870, et Schmidt's Jahresb., t. 149, p. 49, 1871. — Sigmund, dans Pitha et Billroth's *Handbuch der allgem. und spec. Chirurgie*, I Band, 2, Abth., p. 223.

L'altération des ongles est toujours la conséquence d'une modification survenue dans la matrice qui est l'organe sécréteur de la substance cornée. Au dire de Brassavole, la chute des ongles, comme la chute des poils, n'aurait pas été observée dès l'apparition du *mal français*, mais seulement quarante ans plus tard, vers 1533. Quoi qu'il en soit, il faut arriver à ces derniers temps pour trouver une description un peu complète de cette manifestation de la syphilis. Simple dépendance de la peau, la matrice de l'ongle présente la plupart des formes éruptives déjà décrites. En outre, le repli sous-unguéal est souvent envahi par les plaques muqueuses, accidents que nous étudierons bientôt, et alors s'établit à son niveau un suintement blanchâtre ou brunâtre tout spécial. Deux observations de Lélut, relatées par Rayer, semblent se rapporter à une lésion de ce genre. Ces observations, que l'on consultera avec fruit, donneront une idée exacte des caractères des plaques muqueuses de la sertissure des ongles.

L'éruption qu'on pourrait appeler psoriasis de la matrice de l'ongle ne diffère réellement du psoriasis de la paume des mains que par la modification de la lame cornée unguéale. Le fait suivant, relatif à un jeune étudiant, est un exemple de cette affection :

Obs. IX. — X***, jeune Valaque, âgé de vingt-trois ans, remarqua, en avril 1859, la présence, sur la verge, d'un chancre induré pour lequel il consulta M. Ricord.

(1) Diday, *Histoire naturelle de la syphilis*, p. 107.

Traité pendant quatre mois, il prit 180 pilules de proto-iodure de mercure, ce qui ne l'empêcha pas de voir paraître en août une nouvelle ulcération sur les caractères de laquelle il est peu explicite. En septembre, il prend de l'iodure de potassium pendant trois semaines. Dans le courant de janvier apparaît à la paume des mains une éruption de psoriasis syphilitique. Cette affection disparaît rapidement après quelques jours de traitement, mais survient une angine qui persiste plus longtemps. Le bichlorure de mercure, administré tout d'abord, est cessé en mars, et, à partir de cette époque, l'iodure de potassium est continué jusqu'en juin. Dans le courant d'avril, ce malade, qui avait eu antérieurement des accès de fièvre intermittente, est repris par cette même maladie, contre laquelle, cette fois, le sulfate de quinine a peu de succès. Pendant le mois de juin, des plaques muqueuses apparaissent au niveau des amygdales très-fortement tuméfiées et sur le voile du palais ; le psoriasis palmaire se montre de nouveau. C'est à cette époque que je fus consulté. Au niveau du pli unguéal de la plupart des doigts existe un gonflement d'une teinte rouge sombre qui se recouvre bientôt d'une desquamation épithéliale, les ongles sont parsemés de points blancs légèrement saillants. J'ordonne une pilule de proto-iodure chaque soir et des poudres ferrugineuses. Huit jours plus tard, les plaques muqueuses étaient effacées, le psoriasis moins apparent, ainsi que l'altération de la matrice unguéale. Les ongles cependant n'ont pas repris leurs caractères ordinaires ; quelques-uns offrent une coloration légèrement pâle et des sillons longitudinaux, il en est d'autres dont la matrice est manifestement altérée et qui présentent à leur surface de petites dépressions analogues à la marque que produirait la tête d'une épingle sur un corps lisse et peu dur : c'est un pointillé légèrement blanchâtre que peuvent voiler certains reflets, mais qui se voit bien à contre-jour. Les sillons normaux sont effacés au niveau de cette lésion qui occupe à peu près la partie moyenne de l'ongle. Malgré le traitement institué, la guérison n'était pas encore complète dans le mois de novembre.

Dans quelques circonstances, l'onyxis paraît liée à une syphilide papuleuse ou pustuleuse. Une tuméfaction légèrement douloureuse, résistante, rougeâtre ou mieux rouge brun, encadre l'ongle sur une partie de son pourtour, de façon à simuler une tourniole dont elle diffère par la lenteur de sa marche. Après un temps fort long, cette lésion disparaît par résorption ou s'ulcère. Dans un cas observé par Bassereau les ongles des mains offraient à leur surface une foule de points mats, blancs, déprimés et comme vermoulus ; leur bord libre épaissi, fendillé, se détachait par lamelles. Jamais alors on n'observe d'ulcérations profondes de la matrice de l'ongle. Il n'en est pas de même lorsque l'onyxis succède à un tubercule cutané de la peau, à une ulcération grisâtre, sanieuse et fétide de la partie latérale de l'ongle. Dans ce cas, l'ongle tombe et ne se reproduit généralement pas, l'ulcère syphilitique est remplacé par une cicatrice formée de quelques plaques cornées de petite étendue et plus ou moins informes.

Il est des cas enfin où la lésion élémentaire fait défaut ou plutôt passe inaperçue, et où l'ulcération paraît être primitive ; cette variété de l'onyxis, qui atteint les orteils plus souvent que les doigts, a été décrite par Delpech. « Un symptôme fort insolite et tout à la fois très-incommode, dit cet observateur, est une ulcération spontanée de l'organe sécréteur de l'ongle, soit de la main, soit du pied. Une douleur se déclare spontanément, ou à l'occasion de quelque légère violence, autour de la racine d'un ongle et sous son extrémité. Les parties douloureuses sont soulevées par un léger engorgement et ont une couleur rouge brun. L'ulcération se déclare d'abord à l'extérieur en contournant la racine de l'ongle. Elle présente ordinairement une surface fon-

gueuse, humide, brunâtre, saignant aisément par le contact et fournissant une suppuration ichoreuse et fétide. Le sommet de l'ongle se détache, et cet isolement, qui s'étend insensiblement vers la base, est suivi bientôt de l'ulcération de la nouvelle surface. Si cette dernière ne fournit qu'un suintement médiocre, ce qui a lieu quelquefois, l'ongle conserve de la consistance ou n'est que peu ramolli; il est d'un blanc pâle, légèrement boursouflé et renversé en dehors. Si, au contraire, la suppuration qui provient des parties que l'ongle a abandonnées est abondante, l'ulcération de ces dernières est plus profonde, leur isolement par rapport à l'ongle est plus étendu vers sa racine, l'ongle lui-même, plus ramolli, se décompose insensiblement et se réduit à quelques brins d'organisation cornée qui occupent la région de ce que l'on appelle la lunule, se déjettent en dehors et se trouvent ainsi plongés au milieu d'une grande ulcération. En cet état de choses qui est le plus haut degré de développement, à moins qu'il n'entraîne la nécrose de la phalangette, l'extrémité du doigt ou de l'orteil est fort engorgée, de couleur violette, et le malade éprouve le plus souvent des douleurs vives qui vont jusqu'à troubler les grandes fonctions de l'économie. » Ces diverses lésions des ongles font partie de la période des accidents secondaires et coexistent, en général, avec les éruptions cutanées; dans un cas rapporté par Vidal, l'ulcération unguéale aurait coïncidé avec une épididymite syphilitique.

Ces dernières lésions constituent la forme inflammatoire ou sécrétante de l'onyxis syphilitique, *paronychia syphilitica* de quelques auteurs, elles consistent surtout dans l'altération de la circonférence de la matrice de l'ongle; les premières se rattachent à la forme sèche de la syphilis unguéale, décrite, comme il suit, par A. Cazenave: « Tantôt l'ongle, piqueté dans plusieurs points, devient seulement grisâtre, sec et cassant à son extrémité libre; tantôt, indépendamment de ces altérations, il s'épaissit dans les deux tiers de son étendue, il devient opaque, chagriné, sa surface exfoliée est rugueuse, inégale, et, chose remarquable, il y a ordinairement une ligne de démarcation bien tranchée qui sépare cette partie malade de la partie saine représentée par une surface qui commence un peu au delà de la lunule, surface où l'ongle conserve son éclat, son poli, sa couleur. Dans quelques cas cependant, l'altération de structure est générale, et l'ongle est converti en une production cornée, sèche, grisâtre, chagrinée, très-friable. Cette forme, bien connue des anciens, est très-commune; il est même rare qu'une syphilis existe depuis longtemps sans que les ongles du malade soient plus ou moins altérés. Elle est toujours secondaire, et quelquefois le seul symptôme qui traduise une syphilis consécutive. »

La marche de l'onyxis syphilitique secondaire est généralement lente; la guérison en est la terminaison ordinaire, sinon constante. Le pronostic est sans gravité, le seul inconvénient de cette affection est celui qui résulte de la chute de l'ongle et de l'inquiétude qu'en éprouvent les malades. Il est d'autres manifestations syphilitiques des ongles qui se distinguent par une apparition plus tardive, une évolution moins rapide et des suites plus graves; elles nous occuperont plus loin.

Diagnostic. — Les antécédents du malade et les affections concomitantes de l'altération unguéale sont des circonstances qu'il importe de rechercher si l'on

veut arriver au diagnostic précis de l'onyxis syphilitique. Avec la forme humide ou ulcéreuse de cette manifestation on pourrait confondre l'affection décrite sous la dénomination d'*ongle rentré dans les chairs*. Mais l'ulcération dans ce dernier cas, habituellement peu profonde, n'occupe pas primitivement la matrice unguéale.

Le psoriasis des extrémités digitales n'est pas sans analogie avec la forme sèche; il se distingue, sinon par ses caractères objectifs, du moins par la coexistence habituelle de plaques psoriasiques aux coudes et aux genoux. Le renflement des extrémités des doigts chez les individus atteints de lésion cardiaque ou de phthisie pulmonaire, n'amenant, en général, aucun désordre appréciable dans la nutrition de l'ongle, ne pourra faire croire à une onyxis syphilitique.

§ 3. — Affections des membranes muqueuses. — Syphilides exanthématiques.

Les manifestations syphilitiques secondaires des membranes muqueuses ne sont, pour certains auteurs, qu'une reproduction des éruptions cutanées, tellement qu'il est possible de retrouver, à la surface de ces membranes, les diverses lésions élémentaires que l'on observe à la peau. Cette manière de voir, qui concorde parfaitement, avec nos recherches personnelles, trouve sa justification dans l'étude que nous allons faire des plaques syphilitiques.

De même que les syphilides exanthématiques, les affections syphilitiques des muqueuses se manifestent, soit par des plaques saillantes humides, soit par des taches érythémateuses, soit par des papules ou des pustules qui se terminent par des ulcérations légères et peu profondes, ne laissant pas à leur suite de traces appréciables de leur passage. De là des manifestations diverses, qui sont : les plaques syphilitiques, les syphilides érythémateuses et les syphilides papulo-pustuleuses ou ulcéreuses superficielles.

PLAQUES SYPHILITIQUES.

SYNONYMIE : Syphilide pustuleuse humide (Bassereau). — Pustules plates. — Pustules muqueuses. Tubercules plats. — Plaques cutanées. — Papules humides. — *Pustulæ fœdæ ani.*

La description exacte de ces éruptions est de date toute récente ; ce qui peut s'y rapporter dans les écrits des syphiligraphes du XVe et du XVIe siècle ne se distingue, du reste, qu'avec difficulté. Cependant il est bien permis de penser qu'il s'agit de ces accidents dans ce passage de N. Massa, relatif aux pustules : « Apparent rubeæ, elevatæ, magnæ, humidæ et tumidæ (1). » G. Fallope (2) Sylvius de Boe (3) et Forestus (4) signalent aussi ces effets de la syphilis, dont Ricord (5), Legendre (6), Davasse et Deville (7), Bassereau,

(1) Nicolas Massa, *Aphrodisiacus.*
(2) Gabriel Fallope, *Aphrodisiacus.*
(3) Sylvius de Boe, *Prax. med.* Appendix, tract. III, art. 140, 143, Oper. omn., Amstel. 1695, p. 673.
(4) Forestus, *De lue venerea*, l. XXXII, obs. XXI.
(5) Ricord, *Notes à Hunter*, p. 573.
(6) Thèse de Paris, 1841.
(7) Davasse et Deville, *Archiv. génér. de médecine*, oct. 1845.

Bazin, Hardy, etc., ont donné récemment une description qui laisse peu à désirer.

Manifestations tout à fait spéciales, les plaques syphilitiques sont de plus l'un des premiers symptômes de la maladie ; mais, en raison de leurs nombreuses récidives, elles peuvent être l'un des derniers accidents de la période d'éruption générale. Du reste, il est rare qu'elles soient isolées et qu'elles ne coïncident pas avec une des variétés de syphilides déjà décrites (1). Elles affectent la peau et les membranes muqueuses, et présentent des aspects variés suivant la structure propre à la région du tégument envahie.

Les plaques cutanées décrites par certains auteurs sous le nom de *tubercules plats* nous donnent toutes les phases de transition qui existent entre les syphilides exanthématiques et les syphilides énanthématiques. Constituées par une élévation le plus souvent circulaire du derme, de l'étendue d'une pièce de 20 à celle d'une pièce de 50 centimes, elles présentent une coloration d'abord rose, qui dans la suite devient plus foncée et rouge cuivré. Ordinairement en petit nombre, ces plaques sont pleines, nummulaires; mais, parmi elles, il en est qui ne sont bien dessinées qu'à la circonférence et qui forment seulement des demi-cercles ou des trois quarts de cercle. Complètes, elles sont déprimées en godet à leur centre et enchâssent une croûte jaune transparente ou opaque de façon à simuler un ecthyma. Souvent elles sont recouvertes d'une simple squame au niveau des parties exposées à l'air extérieur. Au contraire, sur toutes les surfaces cutanées humides, dans les points où la peau est amincie chez les jeunes enfants, les plaques cutanées, souvent couvertes d'un exsudat séreux ou purulent, se rapprochent des plaques muqueuses ; on peut même dire qu'elles en ont tous les caractères. Du reste, elles peuvent, comme ces dernières, s'ulcérer et se présenter dans quelques endroits sous la forme de saillies mamelonnées humides, de fissures plus ou moins allongées, de fentes profondes appelées rhagades. Les plaques sèches se rencontrent principalement sur le front, à la racine des cheveux ou des sourcils, à la nuque, sur le dos, sur les épaules, sur la poitrine, au niveau du pli du coude, sous les aisselles et dans les jarrets.

Lésions éminemment contagieuses, les plaques muqueuses proprement dites sont caractérisées par des élevures des membranes muqueuses, dont les bords sont nettement circonscrits et la surface plus ou moins humide et blanchâtre. D'une coloration blanche, rosée ou violacée, elles n'ont pas la teinte particulière des éruptions cutanées. Leur forme est celle d'une grosse papule ou d'un tubercule aplati, circulaire, ovoïde ou ellipsoïde. Leur surface, plus ou moins saillante, est recouverte d'une pellicule blanchâtre en tous points semblable à l'escharc légère produite par la cautérisation avec le nitrate d'argent. Ces papules, qui ont reçu le nom de plaques opalines, sont entourées d'une muqueuse saine ou d'un rouge foncé qui leur forme une sorte d'auréole

(1) Les papules humides ont été trouvées par Bassereau sur :

198	cas de syphilide	érythémateuse	88 fois.
50	—	papuleuse sèche	14 —
12	—	vésiculeuse	4 —
71	—	pustuleuse	37 —
54	—	tuberculeuse	« —

inflammatoire. Partout où s'exercent des frottements, la pellicule blanchâtre opaline disparaît, et alors les plaques muqueuses deviennent saignantes, s'érodent, s'ulcèrent ou se couvrent de plaques diphthéritiques ; de là des différences symptomatiques qu'il importe de connaître. Ces lésions sécrètent un liquide sale, fétide, qui est pour les parties voisines un agent tellement irritant qu'il provoque parfois le développement de nombreuses végétations (1). Leur consistance est ordinairement molle, et ce n'est que rarement qu'elles sont accompagnées de douleur et de prurit. Le développement de ces manifestations s'opère spontanément à la surface des tissus sains, ou par suite de la transformation *in situ* d'un ulcère chancreux (Davasse et Deville). Dans le premier cas, paraît d'abord un point rouge dû à la congestion de la membrane muqueuse. Peu à peu ce point s'étale circulairement. l'épiderme qui le recouvre est soulevé par une petite quantité de sérosité ; mais bientôt, la lamelle épithéliale se déchirant, une surface d'un rouge vif, entourée parfois d'une collerette blanchâtre, est ainsi mise à nu et ne tarde pas à se couvrir d'une pellicule blanche grisâtre et humide. Dans le second cas, la surface grisâtre et souvent déprimée du chancre devient rouge, granulée et saillante de la circonférence au centre. Puis, au moment où les bourgeons rouges du centre annoncent que la cicatrice va se former sur toute la surface, on voit apparaître la sécrétion plastique blanche qui caractérise la papule humide. Quelquefois le bourgeonnement marche si vite que la cicatrisation n'est pas commencée à la circonférence du chancre quand la sécrétion plastique se produit sur toute la surface ; alors la papule humide se trouve brusquement limitée par un liséré déchiqueté (Davasse et Deville). La condition de cette transformation, c'est que l'ulcère soit dans un état continuel d'humidité, ce qui arrive lorsqu'il y a frottement ou contact de la partie qui en est le siége avec une autre partie.

Les plaques syphilitiques sont des productions du derme plutôt que de l'épiderme. Effectivement, sur des coupes de ces lésions pratiquées après durcissement dans l'acide chromique et examinées au microscope, on observe que l'épiderme est conservé, que les papilles ont subi une légère augmentation de volume et que la tuméfaction est due surtout à une production abondante de cellules et de noyaux arrondis embryonnaires groupés en îlots dans le chorion. Les vaisseaux présentent un épaississement de leurs parois, et souvent leur tunique externe se confond avec le tissu de nouvelle formation. Les glandes sébacées restent normales ; au contraire, les canaux des glandes sudoripares peuvent être distendus par des cellules épithéliales au point de présenter sur une coupe des cavités disposées au hasard et remplies de cellules granuleuses. Les gaînes des poils sont ou normales ou encombrées de cellules épithéliales, dans lequel cas les poils n'existent plus. Dans le principe, la plaque syphilitique est sèche, mais peu à peu les papilles se remplissent de jeunes cellules, il se fait une transsudation séreuse, l'épiderme se détache, il en résulte une surface dénudée qui fournit une véritable suppuration, et dont plus

(1) D'autres causes d'irritation, par exemple les sécrétions muqueuses des femmes enceintes, peuvent développer ces mêmes végétations. Voyez Thibierge, *Archives de médecine*, mai 1856.

tard le tissu tombe en déliquium. La résorption dès lors peut avoir lieu, et la plaque syphilitique disparaît rapidement; mais quelquefois aussi cette plaque s'ulcère et une cicatrice lui succède.

Siége des plaques muqueuses. — Les plaques muqueuses peuvent envahir les diverses régions du corps, mais la région génito-anale est, chez l'adulte, leur siége de prédilection. Après la vulve et l'anus, on les trouve le plus souvent à la partie interne et supérieure des cuisses, sur les amygdales, dans la bouche, sur les lèvres, dans les espaces interdigitaux, aux mamelles (chez les femmes), dans les aines, au pourtour des oreilles. Il est à remarquer d'une façon générale qu'elles occupent de préférence les membranes muqueuses qui subissent l'influence de l'air et les parties de la peau exposées par leur contact à un certain degré de chaleur et d'humidité, et qu'elles sont le plus souvent subordonnées à des habitudes contractées par les malades, à un manque de propreté. Ainsi, elles sont relativement fréquentes dans la bouche chez les fumeurs, aux parties génitales chez les femmes qui transpirent beaucoup et qui se soignent mal. La persistance et les récidives de ces accidents tiennent en général à ces diverses circonstances, et ce n'est qu'en en tenant compte que l'on parvient à les combattre d'une façon définitive. Dans quelques circonstances ils acquièrent une grande ténacité sans qu'il soit possible d'en rapporter la cause à autre chose que la constitution même du sujet. Ordinairement multiples, les plaques muqueuses se rencontrent chez l'homme et chez la femme, mais plus souvent chez celle-ci, sans doute à cause de la conformation spéciale de ses organes génitaux.

Davasse et Deville, sur 186 femmes, ont trouvé :

Plaques muqueuses	siégeant	à la vulve	174	fois.
—	—	à l'anus	59	
—	—	au périnée	40	
—	—	aux fesses et à la partie supérieure et intérieure des cuisses	38	
—	—	aux amygdales	9	
—	—	au nez	8	
—	—	à la langue	6	
—	—	aux orteils	5	
—	—	à la face	5	
—	—	à l'ombilic	3	
—	—	au pourtour des ongles	2	
—	—	aux oreilles, au voile du palais	2	
—	—	au pli inguinal	2	
—	—	au con, au mamelon, au col de l'utérus	1	—

Une statistique de Bassereau donne la distribution suivante chez cent trente sujets du sexe masculin :

Plaques muqueuses	siégeant	à l'anus	110	fois.
—	—	sur les amygdales	100	
—	—	sur le scrotum	60	
—	—	à la bouche, sur les lèvres	55	
—	—	sur le gland et la face interne du prépuce	28	
—	—	sur les piliers du voile du palais, la langue et la face interne des joues	72	

Plaques muqueuses siégeant dans les espaces interdigitaux des pieds		11 fois.
—	— au pli scroto-crural	5
—	— à l'orifice des narines	2
—	— sur la paroi postérieure du pharynx	2
—	— à l'insertion d'un ongle du pied	2
—	— au méat urinaire, sous l'aisselle, sur la gencive, à la face interne des cuisses	4

Des caractères assez particuliers répondent à ces différences de siége. Ainsi, à la peau, les plaques sèches s'observent principalement là où il n'y a pas contact de deux surfaces, tandis que les papules humides se rencontrent dans les régions où le tégument est mince et soumis à des frottements, par exemple dans les espaces interdigitaux (1), les plis des régions articulaires, le scrotum. Les fissures occupent de préférence les replis cutanés et en particulier ceux qui avoisinent l'anus. Dans cette dernière région, les plaques muqueuses sont parfois nombreuses, larges et saillantes, au point de former un bourrelet qui peut obturer plus ou moins l'orifice anal et gêner la défécation par les douleurs que détermine sa présence.

Les plaques muqueuses du tégument interne sont, à la vulve (2), larges, aplaties, granuleuses, recouvertes d'une exsudation blanchâtre abondante qui répand une odeur fétide repoussante ; elles occupent presque toujours les deux faces correspondantes des grandes lèvres, cachant quelquefois au milieu d'elles l'accident primitif. Au contact de leur produit de sécrétion se développe, sur les parties voisines et principalement à la face interne et supérieure des cuisses, une rougeur érythémateuse qui est elle-même le point de départ d'une nouvelle éruption de tubercules muqueux. A la surface du col utérin, elles se présentent sous forme d'érosions arrondies, dont la surface d'un rouge vif sécrète une matière muco-purulente ténue pouvant faire croire à un écoulement blennorrhagique en dehors de l'intervention du spéculum. Assez rares sur le gland et le prépuce, elles ont le plus souvent la forme d'érosions superficielles arrondies ou ovales et d'un rouge très-vif, qui sécrètent une humeur muco-purulente et se recouvrent d'une exsudation plus ou moins abondante.

Dans la bouche (3), les caractères des plaques muqueuses varient avec l'époque à laquelle on les examine. Simples taches arrondies dès l'abord, elles sont d'un violet foncé, mais bientôt l'épithélium détruit se trouve remplacé par une sorte de fausse membrane molle et jaunâtre ; plus tard, ulcérées dans une partie de leur étendue, elles présentent des bords irréguliers, une surface inégale, parsemée de granulations fines et abondantes. Dans ces conditions, le mouvement des lèvres est gêné, l'introduction des aliments cause une ardeur continuelle dans toute la cavité buccale. Très-fréquent au niveau des lèvres chez les fumeurs qui font usage de la pipe, cet accident commence par une tache sem-

(1) Ed. Zeis, *Ueber die Zwischen den Zehen und Fingern vorkommenden syphil. Geschwüre*, Deutsches Archiv f. klin. Med. II, p. 271, 1866.

(2) Consultez, P. Spillmann, *Des syphilides vulvaires*. Thèse de Paris, 1870.

(3) M. Kohn, *Die Syphilis der Schleimhaut der Mund-Rachen, Nasen- und Kehlkopfhöhle*. Erlangen, 1866.

blable à celle que produit le nitrate d'argent ; peu à peu cette tache s'entoure d'une auréole violacée au centre de laquelle on constate bientôt une érosion résultant de la fonte de l'épithélium. Les papules muqueuses de la langue (1) se montrent de préférence sur la face supérieure et le long des bords ; elles débutent par des plaques violacées arrondies ou ovales à grand diamètre antéro-postérieur, elles sont lisses et déprimées ; mais, abandonnées à elles-mêmes, elles se recouvrent de granulations, atteignent le niveau des parties saines et finissent par le dépasser en faisant quelquefois une saillie arrondie en forme de tête de clou. Là aussi elles revêtent la forme de fissures. Au voile du palais et sur les amygdales, ces mêmes accidents gênent plus ou moins les mouvements de déglutition, elles prennent à une certaine période une teinte cendrée ou blanchâtre, se recouvrent enfin d'une sorte de pseudo-membrane jaunâtre au-dessous de laquelle existe souvent une légère érosion. En même temps, les amygdales sont le plus souvent tuméfiées, et les ganglions sous-maxillaires correspondants sont le siége d'une modification jusqu'à un certain point subordonnée aux diverses phases d'évolution des plaques muqueuses.

La membrane muqueuse des voies respiratoires n'échappe pas tout entière à cet ordre d'altérations. Des plaques muqueuses ont été vues à la surface interne du larynx, au niveau de la partie sus-glottique et des cordes vocales supérieures ou inférieures. Sur 54 malades atteints de syphilis secondaire et vus au laryngoscope par Gerhardt et Roth, huit fois l'enrouement était dû à l'existence de plaques muqueuses (2). Cinq fois sur seize cas, Cusco a signalé la présence de ces lésions, quatre fois à la partie interne des cartilages aryténoïdes, une seule fois à leur sommet (3). Une légère tuméfaction avec changement de coloration indiquait leur présence. Plus rarement on voit les plaques muqueuses affecter les organes des sens.

A l'oreille, elles siégent ordinairement en arrière de la conque ou en avant du lobule, quelquefois dans le conduit auditif externe. Leurs caractères sont du reste ceux que nous avons assignés aux plaques muqueuses en général.

Au nez, les plaques muqueuses occupent l'entrée des narines, et le plus souvent leur angle externe, où elles constituent un bourrelet en forme de croissant, qui, à l'exemple du tubercule muqueux des commissures labiales, peut se fendiller et même se recouvrir de croûtes. On les retrouve encore, à l'aide du laryngoscope, à la partie postérieure des fosses nasales. Un coryza fétide est le signe de cette lésion, et lorsqu'à ce coryza vient se joindre du larmoiement, c'est que la maladie a envahi le canal nasal. Enfin on a vu dans quelques cas des plaques muqueuses occuper les angles palpébraux et s'étendre même jusque sur la conjonctive ; leur aspect n'a encore ici rien de particulier.

Quel que soit leur siége, les plaques humides peuvent réagir sur les ganglions voisins, et en amener la suppuration par suite de la résorption qui s'opère à leur surface. Toutefois il ne faut pas oublier que souvent les adénopathies

(1) Consultez C. Saison, *Des manifestations secondaires de la syphilis sur la langue*. Thèse de Paris, 1871.

(2) C. Gerhardt et F. Roth, dans *Archiv für patholog. Anatomie und Physiolog.*, t. XXI, 1861.

(3) Voyez Dance, *Éruptions du larynx*, etc. Thèse de Paris, 1854, p. 28.

devancent l'apparition de ces accidents. La fièvre qui les accompagne ou les précède peut, dans certains cas, chez les femmes malpropres surtout, être la conséquence d'une infection secondaire que révèlent des *frissons* plus ou moins violents.

Marche.— La marche des tubercules muqueux est chronique, malgré certains phénomènes d'apparence aiguë. La durée de leurs éruptions successives est de plusieurs mois, mais elle peut être d'une année si l'affection est abandonnée à elle-même. En tout cas, un traitement général ou même de simples soins de propreté en ont promptement raison. La résolution est leur terminaison la plus ordinaire ; à mesure qu'elle s'opère, ces accidents cessent de sécréter, et souvent il arrive que les parties centrales s'affaissent avant les bords, et finissent par ne plus présenter que des segments de cercles plus ou moins complets. Enfin, ces tubercules s'effacent sans laisser de cicatrices durables, mais parfois seulement un relief qui peu à peu disparaît totalement.

Les plaques muqueuses sont sujettes à récidives ; celles de la bouche et de la langue, tout à fait remarquables à cet égard, se représentent quelquefois plusieurs années après la disparition du chancre. J'en ai vu qui se montraient trois ans après l'accident primitif. Elles constituent en pareil cas l'un des meilleurs signes indicateurs de l'âge réel de la syphilis; tant qu'elles existent, en effet, on peut affirmer que cette maladie n'a pas dépassé la période d'éruption générale ou des accidents secondaires.

Diagnostic. — Les caractères objectifs de la plaque muqueuse et surtout sa consistance molle, sa surface humide recouverte d'une pellicule blanchâtre, permettent d'en établir facilement le diagnostic. Du reste, il n'est guère facile de confondre cette lésion avec les ulcérations chancreuses. Le chancre mou, en effet, n'est pas saillant, il est taillé à pic, et le pus qu'il sécrète est inoculable au malade qui le porte. Le chancre infectant est taillé à l'évidoir, il présente une induration chondroïde caractéristique, il a pour satellites constants, comme l'érosion chancreuse, des adénopathies indolentes, fermes et mobiles. L'herpes præputialis, qu'on pourrait prendre pour des plaques muqueuses ulcérées du gland, se distingue par le groupement d'ulcères toujours précédés de vésicules. L'eczéma, d'une autre part, diffère des tubercules muqueux de l'anus par l'absence de saillies, la présence de croûtes jaunâtres ou de squames grisâtres sur une surface rouge suintante.

La difficulté du diagnostic des plaques muqueuses est surtout dans la multiplicité du siége, et sous ce rapport il est facile de se représenter les nombreuses erreurs auxquelles ces accidents peuvent donner lieu. Les plaques muqueuses de la bouche et de la face inférieure de la langue, par exemple, celles de la face interne des lèvres qui se montrent pendant des années entières, seraient facilement prises pour des aphthes si l'on ne tenait compte de leur durée, de leurs caractères objectifs et de la concomitance habituelle des éruptions exanthématiques. Ces dernières circonstances plaideront dans tous les cas en faveur des tubercules muqueux des autres régions, et surtout des régions des organes génitaux.

Le pronostic de la papule humide est relativement peu grave. Cette affection

est, en effet, l'une des manifestations les plus bénignes de la syphilis constitutionnelle. Suivant Bassereau, dont je partage entièrement la manière de voir, elle est presque une garantie contre des accidents syphilitiques ultérieurs de nature grave (1). Si elle a été précédée d'un chancre bénin et si elle est la seule éruption existante, elle indique une faible disposition de l'économie à la production des accidents syphilitiques, puisque l'éruption ne se manifeste que sur les points de la peau les plus prédisposés.

De quelques affections occasionnées ou engendrées par la présence des accidents syphilitiques primitifs ou secondaires. — Végétations. — Hypertrophies glandulaires, etc. — L'ulcère syphilitique primitif et, parmi les accidents de la période d'éruption générale, les plaques muqueuses surtout, modifient dans certains cas, par leur sécrétion, la nutrition des parties qui les avoisinent, au point d'y déterminer des altérations toutes spéciales. Les plus fréquentes de ces altérations sont les végétations (qu'on nomme encore choux-fleurs, poireaux, figues, crêtes de coq, condylomes acuminés, etc.), sorte d'hypertrophie ou mieux d'hyperplasie des éléments des papilles et de leur revêtement épithélial. Ces lésions, qui ont leur siége habituel chez l'homme sur le gland, chez la femme sur les grandes ou les petites lèvres (2), s'observent encore à la marge de l'anus et dans le larynx (3).

Ajoutons qu'il est d'autres désordres nutritifs sous la dépendance de la même cause : telle est, par exemple, l'hypertrophie des amygdales qui succède à l'angine syphilitique, principalement lorsqu'il existe des plaques muqueuses concomitantes ; tel est l'allongement et l'hypertrophie du prépuce avec rétrécissement de son ouverture, se manifestant après l'apparition d'un chancre ; telle est encore l'hypertrophie des grandes lèvres que l'on observe assez souvent à la suite des chancres ou des plaques muqueuses, et qui, lorsqu'elle envahit en même temps les nymphes et quelques-unes des caroncules myrtiformes, peut simuler les diverses formes d'esthiomène de la vulve. Tel serait enfin pour le professeur Gosselin (4), qui a, avec raison, insisté sur la liaison de ces divers accidents avec la syphilis, le rétrécissement dit syphilitique du rectum, affection sur laquelle nous aurons à revenir plus loin. La plupart de ces désordres consistent dans la simple hypertrophie du tissu ou de l'organe influencé par le produit de sécrétion syphilitique, mais de plus ils

(1) Mon observation personnelle est confirmative de celle de Bassereau ; mais si les individus affectés de plaques muqueuses sont peu disposés aux accidents ultérieurs, c'est un tort d'admettre avec Thiry et Sorésina (*De la nature des tubercules muqueux*, etc., Milan, 1864) que les tubercules muqueux développés dans les régions génito-anales chez les prostituées sont des lésions indépendantes de la syphilis constitutionnelle. Agir de la sorte, c'est méconnaître l'évolution naturelle de cette maladie, et ignorer que les manifestations qu'elle détermine peuvent guérir sans l'intervention du prétendu traitement spécifique.

(2) Costilhes et Boys de Loury, *Rem. pratiq. sur les végét.* (*Gaz. méd.*, p. 314, 1849). Comparez : Kranz, *Beiträge zur Kenntniss der Schleimhaut-papillon* (*Deutsche. Archiv f. klin. Med.*, II, p. 79, 1866). — G. Wertheim, *Wien. med. Wochenschr.*, XVII, 19, 20, 1867. — E. Œdemanson, dans *Nord med. Ark.* III, 2, n° 11, p. 1, 1871. — M. Kohn, *Archiv für Dermatol. und Syphilis*, I, 3 p. 403, 1869 ; Auspitz, *Ibid.*, I, 2, p. 246, 1869, et *Schmidt's Jahrb.*, t. 152, p. 165.

(3) Huguier, *Gaz. des hôpitaux*, 1859. — Turck, *Recherches sur les maladies du larynx*. Paris, 1862.

(4) *Archiv. gén. de médecine*, p. 685, déc. 1854.

offrent cette particularité qu'ils se développent sur les téguments aussi bien lorsque ceux-ci ont été contaminés par le pus blennorrhagique que lorsqu'ils ont été souillés par le pus virulent syphilitique.

SYPHILIDES ÉRYTHÉMATEUSES (ANGINES, BRONCHITES SYPHILITIQUES, ETC.).

Nous comprenons sous cette appellation des éruptions syphilitiques caractérisées par l'apparition de simples taches dont les membranes muqueuses buccale, pharyngienne et laryngée sont le siége ordinaire, et dont les bronches et l'intestin ne sont peut-être pas toujours exempts. Voici quels sont, dans ces divers points, les caractères propres à ces déterminations morbides.

Membrane muqueuse de la bouche et du pharynx. — Swediaur nous a laissé de l'érythème syphilitique bucco-pharyngé une description détaillée que voici. « Quand le virus syphilitique, dit cet auteur, est absorbé dans la masse du sang, il porte le plus souvent sa première action sur la gorge. Le malade accuse peu de douleur, ou simplement du malaise et une déglutition pénible. En examinant la gorge, on ne trouve parfois qu'un gonflement considérable des amygdales et de la luette, accompagné d'une rougeur vive qui s'étend aux parties environnantes. Le malade, ne soupçonnant pas la cause de son mal, croit avoir pris froid, et le médecin inattentif s'y trompe souvent avec lui. Mais le mal persiste, et ce n'est que plus tard qu'il prend la forme ulcéreuse. » Cullerier et Ratier (1), Babington (2), Ricord (3), Alph. Cazenave (4), Bassereau (5), ont également signalé l'existence de l'érythème syphilitique du pharynx. Très-explicite à ce sujet, Baumès (6) écrivait : « Il est une forme d'affection syphilitique de la gorge qui correspond à la syphilide exanthématique : ce sont des plaques plus ou moins irrégulières, d'un rouge plus ou moins vif, quelquefois blanchâtres au centre, sans gonflement ou avec gonflement de la muqueuse, se confondant insensiblement avec le reste de la membrane. Ces plaques apparaissent sur le palais, le voile palatin, le pharynx, et même sur la surface interne des lèvres et des joues ; elles durent peu et disparaissent presque en même temps que l'éruption correspondante. » Mac-Carthy (7) insiste sur cette éruption à laquelle Martellière (8) et Pillon (9) consacrent la plus grande partie de leurs thèses si justement estimées. Sur 114 observations de syphilis par lui relevées, Pillon a trouvé l'énanthème pharyngé 65 fois, et l'apparition de cette manifestation a coïncidé, le plus souvent, avec celle de la roséole. Dans tous les cas, s'il ne précédait ou accompagnait l'exanthème cutané, l'érythème du

(1) *Dict. de méd. et de chirurg. pratiques*, art. SYPHILIDES, t. XV, p. 157. Paris, 1836.
(2) Notes à Hunter, *Œuvres complètes*, trad. française de Richelot. Paris, 1839-1842.
(3) *Ibid.* Même volume.
(4) *Traité des malad. de la peau.*
(5) *Traité des affections de la peau symptomatiq. de la syphilis*. Paris, 1852.
(6) *Traité des maladies de la peau*, t. II, p. 447.
(7) Thèse de Paris, 1844.
(8) *De l'angine syphilitique*. Thèse de Paris, 1854.
(9) *Des exanthèmes syphilitiques*. Thèse de Paris, 1857. — Comparez M. Kohn, *Die Syphilis der Schleimhaut*, Erlangen, 1866.

pharynx coexistait du moins avec des plaques muqueuses de la peau ou du tégument interne.

A peine prévenus du début de cette affection, les malades accusent moins une douleur qu'un sentiment de sécheresse cuisante qui rend toute déglutition pénible, même celle de la salive. Une rougeur uniforme groseille, non violacée, d'intensité médiocre, règne sur le voile du palais, sur les piliers et sur les amygdales, parfois même sur la paroi postérieure du pharynx, mais sans jamais offrir de saillie ni de solution de continuité appréciable. Diffuse tout d'abord, cette rougeur ne tarde pas à se localiser à l'isthme du gosier ou à une partie seulement de son étendue. Le plus souvent, elle s'arrête à la limite externe des piliers et présente en quelque sorte la forme de la base d'un cœur de carte à jouer, beaucoup plus rarement elle s'étend sur toute la partie supérieure du pharynx accessible à la vue ; mais toujours ses délimitations sont brusques et tranchées. Ce caractère, sur lequel on ne peut trop insister, n'est pas sans importance ; il sert à distinguer cette affection de l'angine érythémateuse simple. Comme cette dernière, l'érythème syphilitique se propage quelquefois à la muqueuse des trompes d'Eustache ; mais, en général, il ne trouble pas l'audition.

Cullerier et Pillon prétendent que l'érythème syphilitique du pharynx n'a pas toujours un aspect lisse et uniforme ; ils lui ont trouvé une surface inégale ou granulée. Plusieurs observations rapportées par Martellière indiquent que cette éruption est susceptible de prendre une teinte grisâtre diffuse qui résulterait d'une modification particulière de l'épithélium. Cette teinte, circonscrite sous forme de taches non saillantes, mais cependant bien délimitées, apparaît d'ordinaire sur les piliers du voile du palais et sur les amygdales. Plus tardive dans son apparition, cette variété d'érythème coïncide aussi avec des éruptions plus avancées que la roséole.

Quoique l'érythème pharyngien se montre en dehors des causes connues de l'angine inflammatoire ordinaire, dans quelques cas il se manifeste avec une telle intensité que la confusion avec cette dernière affection serait possible, si les antécédents du malade ne venaient en aide au diagnostic. D'autres fois, il affecte une allure plus calme, son début insidieux est à peine remarqué des malades, et toute la sagacité du médecin est nécessaire pour le reconnaître. Sa durée, comme celle de la roséole cutanée, qu'il accompagne assez souvent, est de plusieurs semaines, ses récidives ne sont pas tellement rares que Pillon n'ait pu en observer plusieurs cas. Son pronostic, on le conçoit, est sans gravité.

La syphilide érythémateuse du pharynx pourrait être confondue avec les angines rubéolique ou même scarlatineuse. Mais elle se distingue de ces affections par son peu d'intensité et une faible réaction fébrile, par une disposition en plaques n'occupant, en général, qu'une partie de la gorge, enfin par la concomitance habituelle des symptômes syphilitiques et particulièrement d'une éruption cutanée. Ajoutons que souvent, au moment même de l'apparition de l'érythème syphilitique du pharynx, l'accident primitif, ou tout au moins la cicatrice qui lui succède, sont encore là pour témoigner que le malade est sous l'empire de l'infection vénérienne.

Membrane muqueuse intestinale. — Savoir si l'exanthème érythémateux syphilitique peut franchir la limite inférieure du pharynx et se manifester à la surface de la membrane muqueuse intestinale, est une question qui n'est pas encore parfaitement élucidée. « Chez quelques filles de mon service, mortes d'affections aiguës intercurrentes et chez lesquelles on avait constaté, entre autres symptômes, des plaques muqueuses de la gorge, je n'ai jamais trouvé, dit Cullerier (1), la trace de ces lésions au-dessous de la limite inférieure du pharynx ; de même, je n'ai rien vu au-dessus du sphincter anal chez celles qui portaient à l'anus le même symptôme secondaire. » Ce chirurgien ne nie cependant pas d'une façon absolue la possibilité d'une entérite syphilitique. Pillon, son élève (2), rapporte trois observations dans lesquelles il n'hésite pas à admettre une entérite secondaire. Ces faits, toutefois, manquant du contrôle anatomique, ne peuvent donner de preuves absolues. Mais, quoi qu'il en soit, l'apparition fréquente de troubles gastro-intestinaux au début ou dans le cours d'un certain nombre de cas de syphilis secondaire est un fait qu'il n'est pas possible de contester. A ce point de vue, l'observation suivante ne manque pas d'intérêt; elle est, du reste, un bel exemple de la multiplicité des manifestations syphilitiques secondaires.

Douleurs rhumatoïdes, désordres gastro-intestinaux, syphilide varioliforme, plaques muqueuses et angine syphilitique.

Obs. X. — P. Héloïse, âgée de dix-neuf ans, blanchisseuse, est une jeune fille robuste qui a toujours été bien portante, sauf un gonflement non douloureux des articulations tibio-tarsiennes qu'elle eut, il y a un an, et qui persista durant plusieurs mois. Son père est mort de la poitrine. Sa mère et son frère unique, âgé de huit ans, jouissent d'une bonne santé.

Vers le 15 mai 1860, elle est prise de douleurs de reins qui l'empêchent de marcher ; ces douleurs, qui s'irradient de la colonne vertébrale vers les flancs, s'exaspèrent le soir vers six heures, et continuent toute la nuit pour cesser à l'approche du jour. En même temps, malaise, courbature générale, perte de l'appétit. — Dans le cours du mois de juin, diminution dans l'intensité des douleurs ; mais l'insomnie persiste avec la céphalalgie, et il survient de la fièvre le soir. Vers la fin du mois, à tous ces phénomènes s'ajoutent un mal de gorge et des douleurs de cou, en même temps que l'embarras gastrique se prononce davantage : état saburral de la langue, anorexie complète. Un vomitif est administré, et dans la soirée apparaît une éruption qui envahit bientôt presque tout le tégument et qui fait croire à une *variole*.

Le 4 juillet, deux jours après le début de l'éruption, la malade entre à l'hôpital de la Pitié (salle Saint-Charles, n° 30) ; elle présente : embarras gastrique très-prononcé ; langue saburrale, anorexie complète, dégoût des aliments, digestions difficiles, diarrhée ; céphalalgie et en même temps insomnie. Il existe de plus une éruption papulo-pustuleuse disséminée, abondante surtout au niveau de l'abdomen et du dos, peu prononcée sur les membres et qui manque complétement sur les régions habituellement découvertes. Cette éruption, très-analogue à une éruption miliaire, se compose de petites papules portant à leur sommet des pustules plus petites encore. Ces papulo-pustules ne tardent pas à se couvrir de petites squames qui tombent bientôt laissant à leur place une tache circulaire de teinte cuivrée. La malade porte en outre des plaques muqueuses à l'anus et à la vulve ; elle est atteinte d'une angine caractérisée par une coloration brunâtre ou

(1) *De l'entérite syphilitique* (*Union médicale*, 1854).
(2) *Des exanthèmes syphilitiques*, Thèse de Paris, 1857.

bronzée de la muqueuse pharyngée. Vomitif, et, quelques jours plus tard, liqueur de Van Swieten, à la dose de 10 et 15 grammes par jour.

En peu de temps l'éruption s'efface, les plaques muqueuses se cicatrisent, la diarrhée cesse, l'angine disparaît, les fonctions digestives se rétablissent. La liqueur est supprimée. Six ou sept jours plus tard, la malade est prise de douleurs très-vives aux avant-bras et aux jambes. Il y a de la fièvre. A la partie antérieure des tibias on observe des plaques rouges, légèrement empâtées, très-douloureuses à la pression : périostite syphilitique ; proto-iodure de mercure, opium, vésicatoire.

Le 15 août, l'état de la malade est sensiblement amélioré, lorsqu'elle est de nouveau prise de malaise, de courbature, de céphalalgie, d'oppression, de palpitations et de fièvre (100 puls. ; somnolence le jour, insomnie la nuit. Même état les jours suivants : en même temps surviennent des épistaxis qui se répètent à peu près chaque jour pendant une semaine. La malade a complétement perdu l'appétit; elle accuse la sensation d'un corps étranger qui remonterait vers la gorge. L'emploi de l'iodure de potassium amène un mieux rapide, et la malade quitte l'hôpital le 8 septembre.

En résumé, dans ce fait, des troubles gastro-intestinaux précèdent et accompagnent une syphilide papulo-pustuleuse et une angine syphilitique ; un traitement approprié a bientôt raison de tous ces accidents, puis les mêmes troubles reparaissent avec une périostite, pour cesser ensuite sous l'influence du traitement qui combat l'altération du périoste. Ici se pose une double question. Est-ce à la syphilis qu'il convient de rapporter le dérangement des fonctions digestives, et, dans ce cas, doit-on l'attribuer à une lésion de la membrane muqueuse gastro-intestinale comparable à celle de la muqueuse pharyngée? La marche simultanée des désordres digestifs et des manifestations cutanées et périostiques dispose certainement à ne voir, dans ces différents symptômes, que des localisations diverses d'un même acte morbide. Mais ce fait et quelques autres ne sont pas suffisants pour permettre d'affirmer que les membranes muqueuses de l'estomac et de l'intestin peuvent, à l'exemple de celles du pharynx, devenir le siége de manifestations secondaires. De sorte que, même en tenant compte des données que fournit l'analogie, il est prudent d'attendre de nouvelles observations avant de porter, sur ce point, un jugement décisif (1).

Membrane muqueuse du nez, du larynx et de la trachée. — La membrane de Schneider n'échappe pas toujours aux atteintes de la syphilis secondaire ; quelquefois rouge et boursouflée, elle sécrète une matière jaunâtre, épaisse, peu abondante, il y a de l'enchifrènement, l'odorat s'affaiblit, et, n'était l'absence d'éternument, on pourrait croire à un coryza ordinaire.

Semblables modifications se retrouvent sur la muqueuse laryngée. L'érythème syphilitique du larynx n'a été véritablement étudié que depuis l'invention du laryngoscope. Les recherches de Czermak et de Ludwig Turck (2) tendent à établir que cet érythème ne diffère pas sensiblement de celui qui, sous la

(1) Une femme atteinte de plaques muqueuses avec éruption rubéolique mourut récemment dans mon service, par suite d'un étranglement interne, présentant sur la muqueuse intestinale, au niveau de l'os iliaque seulement, une éruption de taches analogues à des taches de purpura.

(2) Voyez, plus bas, Bibliographie des affections syphilitiques du larynx.

même influence, envahit quelquefois la bouche et le pharynx ; les observations intéressantes de Cusco, consignées dans la thèse de Dance, son élève (1), ne laissent pas le moindre doute sur cette manière de voir. En même temps que la roséole, apparaît en général l'érythème laryngé syphilitique ; partant de l'isthme du gosier, il s'avance vers la glotte et l'épiglotte, au lieu de se porter vers le pharynx, et il envahit rapidement toute la portion sus-glottique de la muqueuse laryngée ainsi que celle des cordes vocales supérieures et inférieures. La rougeur sombre ou violacée qui le caractérise est tantôt sous forme de plaques parfaitement distinctes et bien délimitées ; tantôt, au contraire, elle est tout à fait diffuse et sans limites bien appréciables. A cette rougeur s'ajoute parfois un léger gonflement de la muqueuse, le plus souvent limité à la région sus-glottique, aux cartilages aryténoïdes et aux cordes vocales supérieures. La rougeur, selon Ferras (2), est toujours peu accusée au niveau de la commissure postérieure, où la muqueuse se fait remarquer par son aspect velouté. La partie antérieure des cordes vocales inférieures est, au contraire, le siége d'une vive injection. Chez une femme morte d'étranglement interne dans le cours d'une roséole avec angine syphilitique, je trouvai la muqueuse de la face postérieure de l'épiglotte rouge, injectée et parsemée dans ses deux tiers inférieurs de taches blanchâtres, légèrement saillantes. La muqueuse du larynx et de la trachée était normale.

Il est très-admissible que la muqueuse trachéale puisse devenir le siége d'altérations semblables, mais il n'existe encore, à cet égard, aucune donnée bien positive.

Les symptômes de la laryngite syphilitique secondaire sont objectifs ou fonctionnels ; nous connaissons déjà les premiers. Relativement aux seconds, si la respiration est généralement peu gênée, il n'en est pas toujours de même de la phonation. Les malades, en parlant, ont la sensation d'un corps étranger ; le timbre de la voix, plutôt que le ton, se trouve affecté, la voix est enrouée ou rauque. Cette modification, au rapport de Dance, se serait montrée 3 fois sur 13 cas de syphilide érythémateuse, 7 fois sur 16 cas de syphilide papuleuse. Diday, de Lyon, nous paraît avoir très-bien décrit ce trouble de la phonation ; mais c'est à tort, croyons-nous, qu'il l'a rattaché à une paralysie des muscles du larynx. « Du troisième au sixième mois à partir de l'accident primitif, le malade, sans être exposé aux causes, ni présenter les symptômes du coryza ni de l'angine, ni de la bronchite, s'aperçoit qu'il ne peut plus faire entendre le même volume de son qu'à l'ordinaire ; la voix a perdu de son timbre, cette altération augmente rapidement, en quelques jours elle est arrivée à ce point que, lorsqu'il veut forcer la voix, il ne parvient qu'à produire un souffle à peine perceptible à l'oreille. A part l'altération de la sonorité, les autres fonctions de l'appareil vocal demeurent intactes ; la prononciation est claire et distincte, la respiration parfaite ; il n'y a ni douleur, ni toux, ni dyspnée, ni fièvre (3). »

L'érythème syphilitique du larynx a une marche plus lente que celle de la plupart des phlegmasies catarrhales de cet organe. Il a une terminaison toujours

(1) *Éruptions du larynx survenant dans la période secondaire de la syphilis*. Thèse de Paris, 1864.

(2) P. Ferras, *De la laryngite syphilitique*, Thèse de Paris, 1872, p. 45.

(3) *Gaz. méd. de Lyon*, n° 2, 1860. Note sur une forme peu connue d'aphonie syphilitique.

heureuse, contrairement aux affections plus profondes. Cette manifestation ne présente en général, même à l'examen laryngoscopique, aucun caractère spécifique, et ainsi la sûreté de son diagnostic repose, avant tout, sur la connaissance des affections antérieures et concomitantes. Ajoutons que les laryngites franchement inflammatoires se distinguent facilement par l'état fébrile qui les accompagne, tandis que les laryngites chroniques les plus fréquentes, effets, soit d'excès alcooliques, soit d'une diathèse tuberculeuse ou dartreuse, ont pour éléments de diagnostic, dans le premier cas, les antécédents spéciaux du malade, dans le second les manifestations diathésiques concomitantes de l'affection laryngée.

Membrane muqueuse des bronches. — Des auteurs d'une grande autorité s'accordent à reconnaître l'existence d'une bronchite syphilitique secondaire. Stokes (1) prétend que la bronchite syphilitique se montre sous la forme aiguë et sous la forme chronique. Dans la première circonstance, elle est analogue aux irritations bronchiques des exanthèmes, tandis que dans la seconde il y a une irritation chronique qui, venant à se combiner avec la cachexie syphilitique, ressemble parfaitement à la phthisie. La forme aiguë, la seule dont nous ayons à nous occuper ici, s'observe après un temps plus ou moins long à la suite de l'infection : le malade présente de la fièvre avec tous les symptômes d'une irritation bronchique, et, après quelques jours, une éruption confluente de taches d'un rouge brun apparaît sur la peau, et l'affection interne se dissipe souvent complètement. Byrne, médecin de Lock-Hospital (hospice des vénériens de Londres), dit avoir vu fréquemment des malades qui, entrés à l'hôpital après une première infection, étaient pris d'une bronchite intense avec fièvre. L'invasion était subite, et l'incommodité parfois si grande qu'une saignée devenait nécessaire. On voyait presque aussitôt survenir une éruption abondante, ayant tous les caractères du lichen et de l'affection squameuse : la bronchite cessait à ce moment. Graves (2) ne sait pas au juste quelle est la partie du poumon qui subit en pareil cas l'influence du virus syphilitique ; mais il pense que c'est plus particulièrement la muqueuse bronchique, bien que la syphilis puisse, à l'exemple de la scarlatine et de la rougeole, produire quelquefois la pneumonie.

Observée à peu près uniquement en Angleterre, la bronchite syphilitique a été jusqu'ici l'objet d'une étude trop incomplète pour qu'il soit possible de l'admettre sans réserve. Je dois avouer cependant que j'ai vu survenir et se développer tous les signes d'une inflammation subaiguë des bronches, y compris la dyspnée, chez une jeune personne qui, quelques jours plus tard, fut atteinte d'une éruption manifestement syphilitique. Mais ce fait isolé, bien que comparable à ceux des médecins anglais, ne peut autoriser à regarder comme certaine l'existence d'un énanthème syphilitique de la trachée et des bronches.

(1) Stokes, *On the Diagnosis and Treatment of Diseases of the chest*, p. 93. London, 1837.
(2) R. J. Graves, *A System of Clinical Medicine*, Dublin, 1843, p. 246.

SYPHILIDES PAPULO-PUSTULEUSES OU ULCÉREUSES SUPERFICIELLES.

Contemporaines des éruptions exanthématiques, ces manifestations débutent par des lésions élémentaires en tout comparables aux papules ou aux pustules cutanées. La membrane muqueuse de la conjonctive est bien placée pour nous permettre de saisir ce rapprochement. Là, en effet, nous pouvons suivre les différentes phases du processus.

Suivant Lawrence (1), les paupières peuvent devenir le siége d'ulcérations syphilitiques qui, tantôt, à la façon d'un orgelet, débutent par une petite dureté au niveau du bord ciliaire pour de là s'étendre sur l'une ou l'autre des surfaces cutanée ou muqueuse, et qui tantôt apparaissent sous forme d'une pustule à l'angle externe de l'œil. Kirschler (2) signale l'existence, sur le bord libre des paupières, d'une éruption de papules semblables au chalazion, survenant pendant la période secondaire de la syphilis. Ces élevures, qui s'accompagnent de la chute des cils, sont bientôt suivies d'ulcères auxquels succèdent des cicatrices blanches nettement limitées portant à la fois sur la peau et la conjonctive palpébrale. Pas plus que les lésions des paupières, les éruptions de la conjonctive oculaire ne peuvent être contestées, bien que, d'après John France (3), il n'en ait été observé que trois cas, pendant l'espace de seize années, dans l'un des plus grands établissements hospitaliers de Londres. Ces éruptions, dans quatre cas rapportés par cet auteur, se traduisent par de petites taches circonscrites, saillantes, non vasculaires, et d'un gris rougeâtre, jaunâtre ou cuivré, sans différence tranchée avec les éruptions cutanées concomitantes.

Les narines, la langue, les piliers antérieurs du voile palatin, les amygdales et la surface interne du pharynx, tel est le siége le plus habituel des éruptions, qui finissent en ulcérant la membrane muqueuse. Les ulcérations de la langue occupent la pointe et les bords, de préférence à la face supérieure ; elles ont l'aspect de petits points jaunâtres disséminés, qui peuvent causer aux malades un picotement très-incommode. Elles succèdent parfois aux plaques muqueuses, et il est assez difficile, dans certains cas où elles se montrent sous forme de fissures, de les distinguer sûrement de ces déterminations morbides.

Connus de Hunter, qui les désignait sous le nom d'excoriations ulcéreuses et les regardait comme étrangers à la syphilis, les ulcères superficiels du pharynx furent confondus par Babington avec les plaques muqueuses. Envisagés à leur véritable point de vue par Baumès et Cazenave, ils ont été bien étudiés par Martellière. Nombreux au niveau du voile du palais et de ses piliers, ils sont précédés quelquefois d'un érythème uniforme avec sécheresse et douleur au moment de la déglutition (4). Ils se montrent à leur début sous la forme de petites saillies qui paraissent n'être que des glandules augmentées de volume. A ces saillies succèdent bientôt des ulcérations entourées d'une auréole

(1) Sur les éruptions syphilitiques de la conjonctive, dans *Guy's hospital Reports*, t. VII, 109, 1861. — Comp. Smée, *London med. Gaz.* et Ann. d'oculist., t. XIV, p. 31, 1845.

(2) Kirschler, *Das sekundär syphilitische Geschwür des Augenlides*, Wien. med. Wochenschr., XVI, 72, 73, 74. 1866, et Schmidt's Jahrb., t. 133, p. 329.

(3) *A Treatise on the Venereal diseases of the Eye*, London, 1830, et *Arch. gén. de méd.*, t. XXIX, p. 554, 1832.

(4) Voyez Rufz, *De l'angine syphilitique* (*Journ. hebdomad.*, t. VIII, 1832).

d'un rouge foncé et recouvertes d'une matière jaunâtre pultacée. Superficiels, arrondis ou sous forme de fissures allongées, les ulcères ont un fond grisâtre ou blafard couvert de bourgeons aplatis. Souvent douloureux au contact des corps étrangers, ils donnent une sensation continue de chaleur et de cuisson, plus intense le soir (Martellière). Baumès les compare, pour leur aspect et leur forme irrégulière, à une brûlure du premier ou du second degré. Lorsqu'ils approchent de la guérison, l'auréole inflammatoire pâlit, l'épithélium se reforme des bords vers le centre, et ils s'effacent sans laisser d'autres traces qu'une teinte brunâtre ou grisâtre, qui persiste un certain temps à leur place avant que la muqueuse revienne complètement à son état normal.

Les aphthes, la stomatite et l'angine mercurielles sont les affections qui se rapprochent le plus des lésions ulcéreuses secondaires de la muqueuse bucco-pharyngée. Les aphthes, dont l'analogie avec les affections vésiculeuses de la peau est telle qu'elle a conduit Bateman à comparer ces lésions à l'eczéma, forment de petites élevures blanches qui peuvent bien présenter de légères excoriations, mais dont le volume ne dépasse pas ordinairement celui d'une grosse tête d'épingle. Leur durée d'ailleurs est courte, et leur guérison toujours rapide. La stomatite mercurielle, par l'odeur qu'elle exhale et le gonflement des gencives auquel elle donne lieu, ne peut prêter à l'erreur. On ne saurait en dire autant de l'angine mercurielle, affection rare sans aucun doute et qui est généralement rejetée, mais à tort.

Dans un mémoire sur les maladies produites par le mercure, Colson (1) décrit des ulcères mercuriels du pharynx dont les caractères se rapprochent de ceux des ulcères syphilitiques. G. L. Dietrich (2) n'hésite pas à admettre l'existence d'une pharyngite mercurielle caractérisée par une rougeur violacée disposée par plaques isolées avec une apparence de taches sombres, et où l'on voit, parsemés çà et là, des points jaunes, pisiformes, un peu élevés, dus au développement des follicules muqueux. Mais, malgré la légitime autorité de cet auteur et de plusieurs autres que je pourrais citer, le doute règne toujours au sujet de l'angine mercurielle. Cependant le fait qui suit ne me paraît pas propre à justifier l'opinion de ceux qui refusent au mercure toute action sur la membrane muqueuse du pharynx. Il peut servir, du reste, à faire connaître les différences symptomatiques qui séparent l'angine mercurielle de l'angine syphilitique.

Angine et stomatite mercurielles.

Obs. XI. — P..., chapelier, âgé de dix-huit ans, admis à l'Hôtel-Dieu le 3 juin 1864, est un jeune homme brun, lymphatique, de petite taille, ordinairement bien portant. Son père a succombé à une maladie du péritoine. Sa mère et quatre sœurs sont bien portantes. Il y a trois mois, P... s'aperçoit qu'il porte à la partie inférieure de la muqueuse de la verge une petite ulcération ; aujourd'hui cette ulcération, disparue depuis peu, est remplacée par une cicatrice qui n'est ni *indurée*, ni *déprimée*, ni *colorée*. L'absence de ces trois caractères et la courte durée de l'ulcère portent à croire qu'il ne s'agissait pas là d'un chancre syphilitique.

Toutefois, à l'occasion de son ulcération, P... consulta un pharmacien qui fit panser la plaie avec une pommade et donna des pilules à l'intérieur. Le malade

(1) *Journ. hebdomad.*, 1831, p. 36.
(2) *Die mercurial Krankheiten*, p. 267 et suiv. Leipzig, 1837, et Martellière, *loc. cit.*, p. 64.

en prit 40, et il avait cessé ce traitement depuis quelques jours, lorsque se manifesta dans la gorge et la bouche une affection, laquelle, au moment de l'entrée à l'hôpital, datait de trois semaines et se traduisait par les symptômes suivants : odeur fétide de l'haleine, gonflement douloureux des gencives ; sur la paroi buccale gauche, exsudation jaunâtre de l'étendue d'une pièce de un franc; exsudations de même nature sur les amygdales, surtout à droite. Adénopathies multiples sous-maxillaires. Un gargarisme avec 4 grammes de chlorate de potasse est continué pendant plusieurs jours.

Bientôt les concrétions pseudo-membraneuses se détachent, et l'on aperçoit trois ulcérations peu profondes et de l'étendue de 1 centimètre environ; l'une siége à la partie postérieure de la langue, l'autre sur l'amygdale droite, la troisième sur la paroi buccale gauche ; celle-ci n'est pas encore complétement débarrassée de sa concrétion pseudo-membraneuse. L'amélioration, à partir de ce moment, est on ne peut plus rapide sous l'influence du chlorate de potasse, au point que le malade sort presque complétement guéri, le 13 juin.

La muqueuse laryngée n'est pas entièrement à l'abri des ulcérations syphilitiques secondaires. Celles-ci succèdent à une éruption papuleuse, et quelquefois n'arrivent au larynx qu'après avoir envahi les amygdales, le voile du palais et l'isthme du gosier. D'autres fois elles débutent par le larynx, où l'on aperçoit des papules d'un aspect grisâtre, limitées par une ligne rouge, exulcérées de manière à revêtir la forme des plaques muqueuses. Leur siége d'élection est à peu près le même que celui de l'érythème, c'est-à-dire la portion sus-glottique du larynx et les cordes vocales supérieures et inférieures. Au niveau de ces dernières parties, on constate une légère tuméfaction, en même temps qu'un épaississement plus ou moins marqué des bords de l'épiglotte. L'enrouement, la raucité de la voix, une toux peu violente, sont les principaux symptômes qui correspondent à ces ulcérations ; mais comme ces symptômes ne diffèrent pas notablement de ceux de l'érythème syphilitique, il en résulte que, si l'on n'a recours au laryngoscope, il est difficile de séparer ces deux lésions, ce qui heureusement importe peu et pour le pronostic et pour les indications thérapeutiques.

§ 3. — Affections viscérales secondaires.

Sous ce titre, nous groupons toutes les manifestations syphilitiques des organes profonds qui, tant par l'époque de leur apparition que par la lésion qui les caractérise, se rapprochent des syphilides exanthématiques et énanthématiques, et qui, pour ce motif, méritent d'être rattachées à la période secondaire. Ces manifestations sont en effet caractérisées par des lésions plutôt généralisées que circonscrites, diffuses, n'ayant aucune tendance à la destruction des éléments normaux des tissus, et peu ou pas différentes des syphilides généralisées quant à leur composition histologique. Elles se révèlent par des symptômes assez semblables à ceux des inflammations subaiguës, à savoir, rougeur, douleur, tuméfaction de la partie affectée, mouvement fébrile habituel. Ces caractères appartiennent non-seulement aux affections des os et des articulations; mais encore à celles des viscères splanchniques. Aucun organe n'est, en réalité, complétement à l'abri des modifications propres à la période secondaire, mais tous n'y sont pas également exposés; quelques-uns sont l'objet d'une prédilection plus particu-

lière; de ce nombre sont les glandes lymphatiques superficielles, le foie, etc.

Nous groupons sous plusieurs chefs ces premières manifestations viscérales :

Affections des glandes lymphatiques ;
Affections du foie ;
Affections des organes genito-urinaires ;
Affections des systèmes musculaire et fibro-osseux ;
Affections du système nerveux ;
Affections oculaires, ophthalmies secondaires.

AFFECTIONS DES GLANDES LYMPHATIQUES (ADÉNITES).

De même que la période d'éruption locale, la période d'éruption générale a ses adénites particulières; mais tandis que, dans la première de ces périodes, l'altération reste limitée à la sphère ganglionnaire correspondant au chancre, dans la seconde elle se généralise à plusieurs points du corps.

Déjà modifiés pendant la durée du chancre, les ganglions inguinaux sont le plus souvent affectés dans le cours de la syphilis secondaire. Viennent ensuite, par ordre de fréquence, les ganglions cervicaux postérieurs, principalement ceux qui occupent la racine des cheveux, à droite et à gauche de la ligne médiane ; les ganglions mastoïdiens ou voisins de l'apophyse mastoïde ; plus rarement les ganglions sous-maxillaires, épitrochléens, axillaires, poplités, etc. C'est quelquefois dès la troisième semaine qui suit l'époque d'apparition de l'accident primitif, plus souvent vers la cinquième ou la sixième semaine, ou même à partir de la sixième (Ricord), que commence l'envahissement des glandes lymphatiques de ces dernières régions.

La question de savoir si ces adénopathies sont une manifestation directe de l'infection générale ou simplement un symptôme d'une lésion locale du voisinage est depuis longtemps débattue sans avoir encore reçu une solution définitive. Les deux hypothèses sont possibles ; comme Ricord et Puche, j'ai trouvé l'induration des ganglions cervico-occipitaux postérieurs et mastoïdiens chez des individus dont le cuir chevelu était parfaitement sain. Chez ces malades, il y avait lieu de croire que l'action morbifique avait porté directement sur le système lymphatique, et cette manière de voir me paraît prouvée par ce fait qu'il n'y a le plus souvent aucune relation entre l'adénopathie et l'éruption. A côté de ces cas, il en est d'autres où une influence locale ne peut être méconnue, et dans lesquels il existe bien réellement une liaison intime entre l'adénite et l'éruption qui l'accompagne ; mais alors l'adénopathie revêt un cachet inflammatoire plus franchement aigu et se montre avec des caractères différents de ceux qui suivent.

La glande lésée, tout d'abord de la grosseur d'un grain de chènevis, dure et mobile, augmente de volume graduellement et sourdement sans attirer l'attention du malade; une seconde et une troisième glande sont affectées de la même manière. Puis, dès qu'elles ont acquis le volume d'une noisette, ces glandes restent stationnaires, sans amener de troubles pathologiques bien appréciables, à part peut-être de la chloro-anémie et dans cer-

tains cas la gêne des mouvements et du jeu régulier de quelques-uns des organes du voisinage. Ces adénopathies, qui offrent la plus grande analogie avec les bubons symptomatiques du chancre induré, n'acquièrent jamais un grand volume; indolentes, multiples, de consistance égale, ferme et élastique, elles conservent ces caractères pendant toute leur durée, à moins de conditions individuelles spéciales (scrofulose). La mobilité qui leur est propre n'est pas partout identique; elle est généralement moindre dans les ganglions qui siégent à la racine des cheveux ou dans la région mastoïdienne. C'est là une exception qu'il faut connaître, et dont l'anatomie de ces régions rend parfaitement compte.

En même temps que ces modifications ganglionnaires existent, les vaisseaux lymphatiques sont quelquefois le siége d'une altération spéciale (lymphangite adhésive). Ils donnent au toucher la sensation de petits cordons durs, mobiles, renflés çà et là au niveau des valvules. Bazin, qui, l'un des premiers, a signalé ce fait à l'attention des observateurs, insiste avec Sigmund (1) sur la présence de ces lymphites à la partie supérieure et interne des cuisses et des bras, attendu que, dans un cas obscur, leur présence peut devenir un précieux élément de diagnostic.

Les adénites et les lymphangites sont des accidents remarquables par une marche lente et une longue durée. Rarement elles disparaissent avec l'éruption qu'elles accompagnent. Elles persistent durant des mois ou même des années, surtout chez les individus cachectiques ou scrofuleux et chez les personnes qui ont été atteintes de fièvre intermittente. Les individus jeunes, de bonne constitution, et qui se soumettent à un traitement rationnel, les gardent moins longtemps. Leur présence n'est pas à négliger, car elle fixe l'âge ou plutôt la période de la maladie. Souvent, en effet, les adénopathies sous-cutanées sont les seuls témoins de la période des accidents secondaires. Plus tard on ne les retrouve plus; du moins on ne les voit jamais se présenter avec les mêmes caractères dans le dernier stade de la syphilis, où l'altération qu'ils subissent est toujours fort différente.

Les lésions des glandes lymphatiques dans la scrofulose, la tuberculose et la carcinose, se distinguent facilement de celles que produit la syphilis. Les adénopathies scrofuleuses, plus volumineuses, moins dures et moins mobiles, forment des groupes plus compactes; il en est de même des adénopathies tuberculeuses, qui d'ailleurs diffèrent par leur siége. Quant aux ganglions cancéreux, on ne les rencontre que dans le voisinage de l'affection cancéreuse, et d'ordinaire ils ne se généralisent pas; lors même qu'ils se généralisent, le dépérissement qu'ils entraînent à leur suite ne peut laisser le diagnostic incertain.

Les amygdales, ces glandes lymphatiques peut-être un peu trop oubliées par les syphiligraphes, présentent, comme la plupart des organes, dans la maladie qui nous occupe, deux modes d'altération. L'un, plus fréquent, survient au début de la période secondaire, peu de temps après la généralisation des adénopathies et au même moment que les premières poussées éruptives. Les amygdales, tuméfiées, se rapprochent et gênent plus ou moins profondé-

(1) *Revue méd. chirurg. de Paris*, t. XIV, p. 176, 1853.

ment la déglutition; cette tuméfaction diminue, en général, au fur et à mesure que s'efface la rougeur du pharynx. L'autre mode se manifeste plus tard ; les lésions qui s'y rapportent ont les caractères des tumeurs gommeuses, mais il faut avouer que nous possédons peu de renseignements à leur sujet.

AFFECTIONS DU FOIE (ICTÈRE SYPHILITIQUE).

Paracelse (1) d'abord et plus tard Garnier (2), Astruc, Fabre, Swediaur, Percy, Portal, n'hésitèrent pas à admettre l'existence d'un ictère d'origine syphilitique. Le dernier de ces auteurs (3), faisant appel à des observations recueillies dans sa pratique, reconnut que cet ictère, qui, dans certains cas, se montre au début du mal vénérien, survient d'autres fois longtemps après l'apparition des premiers accidents véroliques.

Plus récemment Ricord rapportait deux cas d'ictère en coïncidence avec les premières manifestations de la syphilis ; mais ces faits étaient restés lettre morte lorsque, en 1853, Gubler (4) chercha à prouver, par des observations rigoureuses, que l'ictère en question était un accident lié à la syphilis constitutionnelle, c'est-à-dire qu'il avait pour cause l'infection syphilitique. Depuis cette époque, deux des élèves de Gubler, Luton (5) et A. Foville (6), ont fourni plusieurs faits à l'appui des idées du maître, et plus tard sont venues de nouvelles observations tendant à confirmer la proposition que l'ictère contemporain de l'exanthème syphilitique est une manifestation de l'état diathésique. Malgré ces faits, le doute règne encore dans quelques esprits. Cependant un point ne peut être contesté, c'est l'apparition relativement fréquente d'un ictère particulier au début de la période secondaire de la syphilis. J'ai, pour mon compte, observé plusieurs fois ce symptôme, et mon ancien collègue, le docteur Martel, a vu quelques cas du même genre chez des femmes affectées de syphilis. La crainte de trop allonger ce travail ne me permettant pas de rapporter tout au long ces divers faits, je les abrégerai autant que possible.

Chancre induré, roséole et ictère.

Obs. XII. — V..., peintre en fleurs, âgé de dix-neuf ans, est admis à l'hôpital de la Pitié, le 17 avril 1860.

D'une constitution lymphatique, mais du reste bien portant, ce jeune homme n'a aucune habitude alcoolique ; il raconte qu'il contracta autrefois une blennorrhagie ; il y a deux mois, il eut un chancre induré, et cinq ou six semaines plus tard apparut une roséole qui, au bout de quatre ou cinq jours, fut accompagnée d'ictère ; en même temps malaise général, courbature, céphalalgie avec fièvre, douleurs musculaires et articulaires. L'appétit se perd et survient une diarrhée qui dure environ quinze jours ; des frissons vagues et irréguliers se manifestent vers le soir. La liqueur de Van Swieten est prescrite quatorze jours après le début

(1) *Chirurg. Tract.* III, c. 1, p. 146, et Gruner, *Aphrodisiacus*, p. 134.
(2) *Nouv. formul. lat. et franç. de l'Hôtel-Dieu de Lyon, avec traité de la vérole*, 1716.
(3) *Observ. sur le traitement et la nature des maladies du foie*. Paris, 1813.
(4) *Mémoire sur l'ictère qui accompagne quelquefois les éruptions syphilitiques précoces* (*Gazette médic. de Paris*, 1854, p. 186, 214, 255, 278; et *Mém. de la Soc. de biologie*, 1re série, t. V, année 1853, p. 235),
(5) *Monit. des hôpitaux*, 1806, n° 106. — *Ibid.*, 1857, nos 60 et 68.
(6) *Gazette hebdomadaire*, 1858, n° 24.

de l'ictère, mais le malade continue ses occupations et ne suit aucun traitement.

Le 17 avril, la peau offre partout une teinte jaune un peu verdâtre. Il existe à la région du foie une douleur spontanée intermittente qui est exagérée par la percussion. Le foie est volumineux ; son bord inférieur, épais, dépasse le rebord costal. Il n'y a aucune saillie appréciable à la surface de cet organe. L'appétit est presque nul. la diarrhée a cessé ; il reste des traces de roséole et des plaques muqueuses à l'anus. Une cuillerée à bouche de liqueur Van Swieten à prendre chaque matin.

Rien de particulier durant les premiers jours qui suivirent. Environ douze jours plus tard, la teinte ictérique a notablement diminué. Le 9 mai, jour de la sortie du malade, les conjonctives sont toujours un peu jaunes et la peau n'a pas encore recouvré sa coloration normale ; mais le foie a diminué de volume, l'abdomen n'est plus météorisé, le malaise et la courbature ont disparu.

Dans les premiers jours du mois d'août, je revis ce malade, il n'avait plus trace d'ictère, le foie était d'un volume à peu près normal. Depuis peu de temps il avait remarqué l'apparition de nouvelles plaques muqueuses. Je lui prescrivis des pilules de Sédillot, et depuis ce moment je l'ai perdu de vue.

Chancre, syphilide papulo-lenticulaire, angine, ictère secondaire.

Obs. XIII. — La nommée D..., âgée de dix-huit ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital de Lourcine, le 10 avril 1860, salle Saint-Clément, n° 28.

En apparence bien constituée, cette jeune personne a eu vers l'âge de quatre ans des ophthalmies prolongées, et depuis lors une variole confluente et une fièvre typhoïde. Réglée à quinze ans, elle a fait une fausse couche il y a cinq mois. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, quelque temps après avoir senti de la douleur en urinant, et lorsqu'elle s'était aperçue de la présence d'un bouton sur l'une des lèvres, elle fut prise de maux de gorge et vit apparaître une éruption qui ne tarda pas à envahir toute la surface cutanée. En même temps elle fut atteinte de courbature, d'un malaise général, de céphalalgie et de fièvre.

Le 11 avril, facies fatigué, érythème papulo-lenticulaire sur tout le corps et même à la face ; légère desquamation au menton. Alopécie, adénite cervicale postérieure ; rougeur érythémateuse de la gorge ; amygdales tuméfiées, un peu grisâtres ; plaques muqueuses sur le lobule de l'oreille gauche. Douleurs profondes à la face interne de la cuisse gauche, au-dessous du pli crural, ganglions inguinaux durs développés en chapelet ; ulcération à la grande lèvre gauche.

14 avril. Légère coloration jaune, marquée surtout aux conjonctives et à la peau du visage. Le lendemain, coloration franchement ictérique. Les urines, soumises à l'action de l'acide nitrique, offrent des teintes qui révèlent la présence de la bile.

17 avril. L'ictère se prononce de plus en plus, il est manifeste sur tout le corps ; soif vive, appétit presque nul, mais sans nausées ni vomissement. — Le foie déborde les fausses côtes de près de deux travers de doigt. Absence de douleur à la percussion de cet organe. L'éruption toujours très-apparente. Une pilule de proto-iodure de mercure, deux verres d'eau de Vichy.

19 avril. Les ulcérations et les plaques muqueuses sont colorées en jaune. La malade se plaint des gencives. Pilules avec chlorate de potasse. — 26 avril. L'ictère diminue d'intensité, l'éruption pâlit. — 1er mai. L'ictère a complétement disparu. Les ulcérations des grandes lèvres sont cicatrisées. — 4 mai. Diarrhée, coliques. Suppression du traitement. — 7 mai. Rougeur et gonflement des gencives. La diarrhée se supprime. On reprend le traitement. La malade sort plus tard complétement guérie.

Chez un malade âgé de vingt et un ans, dont l'observation me fut également communiquée par mon ami le docteur Martel, il survint, peu de temps après la disparition d'un chancre induré avec adénopathies multiples, d'abord des plaques muqueuses, et plus tard un ictère accompagné d'une angine

érythémateuse et de troubles digestifs, le tout sans cause occasionnelle appréciable. Deux de mes malades, âgés l'un de vingt-trois ans et l'autre de vingt-six, ont présenté les symptômes suivants : chancre induré et adénopathies, plaques muqueuses, roséole et ictère; en même temps : céphalalgie, douleurs épigastriques, perte de l'appétit, nausées et vomituritions. Dans un cas seulement, le foie était augmenté de volume. Biermer (1) a vu un fait semblable : Une jeune femme de vingt-huit ans contracta un chancre de l'orifice utérin, et bientôt après elle fut atteinte d'ictère et de roséole. Le foie et la rate parurent manifestement indurés et volumineux.

Joints aux observations rapportées par les auteurs précités, ces faits donnent un total de vingt et un cas dans lesquels on a pu constater l'apparition d'un ictère au début de la période secondaire ou dans le cours de cette période et en même temps qu'une nouvelle poussée exanthématique. Dans tous ces cas, non-seulement l'ictère s'est montré à une époque déterminée, mais il a manifesté des allures particulières. Les malades accusaient un malaise général, une sensation de brisement et de courbature, une céphalalgie plus ou moins violente; ils étaient las, fatigués, sans énergie, sans appétit, tourmentés par des régurgitations et des vomituritions, et souvent sous le coup d'un état fébrile paroxystique. En général, ces divers accidents ont disparu avant la cessation de l'ictère, à part toutefois les troubles digestifs.

La peau n'a jamais présenté la coloration accusée de l'ictère consécutif à un obstacle apporté au cours de la bile; par son intensité un peu variable, la coloration s'est plutôt rapprochée de celle de l'ictère simple. Les urines, teintes en rouge jaunâtre, contenaient généralement une assez faible quantité de matière colorante biliaire; une fois la salive fut colorée. Cet ictère, d'ailleurs, n'a pas eu une longue durée; il n'a jamais persisté au delà de vingt à trente jours. Sa terminaison a toujours été heureuse. En pareil cas, la teinte jaune de la peau modifie nécessairement l'aspect des éruptions cutanées, il arrive même qu'elle en masque certaines formes et principalement les syphilides érythémateuse et maculeuse. Cette particularité est importante à connaître, si l'on veut ne pas laisser passer inaperçus ces accidents toujours si nécessaires au diagnostic de l'ictère secondaire, car, en dehors de l'éruption et des adénopathies, ce diagnostic ne repose guère que sur la connaissance des antécédents morbides du malade.

Je ne rappellerai pas tous les arguments invoqués par Gubler pour rapporter à la syphilis l'affection dont il s'agit. Deux circonstances, à notre avis, dans les faits sus-mentionnés, plaident en faveur d'une relation de causalité, ce sont l'absence des causes connues de l'ictère et la coexistence habituelle de cet accident avec les éruptions exanthématiques. Si, en effet, quelques observations font mention d'excès alcooliques, l'influence de ces excès manque dans la plupart de ces faits, où un traitement mal approprié, et en particulier l'abus des préparations mercurielles, ne peut pas non plus être incriminé. A part un seul fait qui signale une émotion morale un peu vive, tous les autres sont muets sur cette condition étiologique.

1) *Schweizerische Zeitschrift für Heilkunde*, 1863.

Mais faut-il, à l'exemple de Gubler, attribuer l'accident en question à une poussée congestive vers le foie? Je partage assez volontiers cette manière de voir. Cependant je me demande si l'ictère syphilitique secondaire n'est pas quelquefois aussi la conséquence de la compression des canaux biliaires par des ganglions lymphatiques tuméfiés et altérés de la même façon que les ganglions sous-cutanés. Lorsque nous traiterons de la syphilis tertiaire, nous verrons ce mécanisme prouvé par l'autopsie.

La tuméfaction du foie et le mouvement fébrile pourraient éveiller l'idée d'une hépatite, mais aucun de ces phénomènes n'est constant; l'état fébrile ne paraît pas subordonné à l'existence de l'ictère, il est plutôt sous la dépendance de la maladie générale, et la durée relativement courte des accidents n'est pas favorable à l'idée d'une phlegmasie du foie. Quant à l'hypothèse qui fait provenir l'altération du foie d'une inflammation propagée de la muqueuse intestinale à la muqueuse des voies biliaires, elle n'est pas très-soutenable, attendu que les troubles digestifs ne précèdent pas toujours l'affection hépatique, et que la diarrhée est un phénomène relativement rare. En résumé, la pathogénie de l'ictère secondaire n'est pas bien connue, et sans doute plusieurs conditions anatomiques président au développement de ce symptôme.

L'ictère dont il vient d'être question n'est pas le seul accident de ce genre qui ait été rattaché à la syphilis. Sans vouloir parler ici de l'ictère symptomatique des altérations tertiaires du foie, disons que, suivant certains auteurs, l'*ictère grave* ou *typhoïde* peut reconnaître aussi une origine syphilitique. Toutefois, les faits donnés à l'appui de cette manière de voir ne sont ni assez complets ni assez détaillés pour être concluants (1). D'une part, on n'y trouve ni l'enchaînement ni la filiation nécessaires pour établir sûrement une liaison causale entre cette affection et la syphilis. D'autre part, l'altération qu'on y signale est trop différente de celles qui appartiennent généralement à la syphilis pour pouvoir lui être rattachée. Les individus en puissance de syphilis sont évidemment disposés à contracter un ictère à forme grave, mais qui n'est pas pour cela nécessairement syphilitique. Nous ne pouvons donc partager l'opinion de Lebert (2), qui admet plusieurs espèces d'ictère grave dont l'une, entre autres, serait d'origine syphilitique.

AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

Les testicules, de même que le foie, n'échappent pas à l'influence de la syphilis secondaire. Ces organes, en effet, sont quelquefois affectés dans l'année qui suit l'infection primitive, et leur altération coexiste, soit avec certaines éruptions précoces, l'érythème par exemple (un cas de Bassereau), soit avec une iritis ou des périostites; d'autres fois, au contraire, ils ne présentent que des lésions tardives survenant trois, cinq ou même dix ans après l'accident primitif et en même temps que les affections tertiaires. A l'une et à l'autre de ces deux époques, l'affection dont il s'agit est quelque peu

(1) Voy. Blachez, *De l'ictère grave*. Thèse de concours d'agrégation, Paris, 1860, p. 62. — Faligan, Thèse de doctorat, Paris, 1863, p. 57.

(2) Virchow's *Archiv für pathologische Anatomie*, 1855.

différente dans son siége, dans sa marche et dans son aptitude à céder aux remèdes. En général, plus elle est rapprochée du début de la maladie, plus son développement est rapide, plus elle manifeste de tendance à envahir l'épididyme. S'il est vrai que cette portion de la glande spermatique n'est jamais primitivement affectée dans la période tertiaire, il n'en est pas de même dans la période secondaire. Quelques auteurs pensent que la syphilis peut déterminer dans l'épididyme des modifications tout à fait indépendantes de celles du testicule, et ils admettent, parallèlement à l'orchite syphilitique, une épididymite de même nature. Le docteur Dron (1) a tout particulièrement insisté sur ce point. Après avoir résumé les opinions des auteurs sur la matière, il rapporte un nombre d'observations assez imposant pour qu'il y ait lieu de ne plus mettre en doute l'épididymite syphilitique. Un premier point ressort de ces observations, c'est que l'altération atteint d'ordinaire les deux épididymes à la fois et qu'elle a son siége le plus habituel au niveau du globus major. Un autre point non moins important est l'époque d'apparition de cette lésion des épididymes par rapport aux manifestations diverses de la syphilis. C'est en moyenne trois mois et demi après l'accident primitif que se montre cette altération, en même temps par conséquent que les éruptions superficielles précoces. On constate au niveau de l'épididyme l'existence d'une tumeur ferme, résistante, solide, inégale et bosselée, appliquée contre le testicule sans jamais l'emboîter, et par conséquent distincte de la glande séminale. Indolente, cette tumeur passe souvent inaperçue pour le malade, et, après une durée en général fort longue, elle finit par se résoudre sans avoir entravé les fonctions de l'organe lésé. Sigmund (2) conteste que cette affection s'observe dans la période secondaire et qu'elle soit indépendante d'une lésion des testicules.

Les reins eux-mêmes ne sont peut-être pas toujours exempts des atteintes de la syphilis secondaire. Perroud a rapporté les observations de deux malades devenus albuminuriques quatre et six mois après l'apparition d'un chancre induré (3). J'ai moi-même été appelé à soigner deux confrères atteints d'albuminurie dans des conditions semblables. L'un et l'autre, arrivés à la période secondaire de la syphilis, avaient usé d'un traitement mercuriel prolongé; ils rendaient une faible quantité d'urine, et ce liquide, traité par la chaleur et l'acide nitrique, se prenait pour ainsi dire en masse; ils étaient œdématiés et ne présentaient aucun trouble de la vue. Un autre cas m'a présenté des des phénomènes analogues. Les faits de ce genre doivent être soigneusement étudiés, c'est le seul moyen d'arriver un jour à déterminer avec précision l'influence qu'il convient d'attribuer à la syphilis, au traitement mercuriel exagéré, ou à toute autre condition étiologique, dans la production de ce genre d'affection.

(1) Dron, *De l'épididyme syphilitique*, Archives de médecine, t. II, 1863, p. 513 et 724.

(2) Sigmund, *Ueber die syphilit. Erkrankung der Nebenhoden*, Wien. med. Presse, IX, 2. 1868, et Schmidt's Jaresb., t. CXLI, p. 184.

(3) Perroud, *De l'albuminurie de la période secondaire de la syphilis* (*Journal de médecine de Lyon*, février 1867). — Comparez Guiol, *Essai sur l'albuminurie syphilitique*. Thèse de Paris, n° 122, 1867.

AFFECTIONS DES SYSTÈMES MUSCULAIRE ET FIBRO-OSSEUX.

Myosites. — Les muscles sont quelquefois, pendant le cours des éruptions exanthématiques, affectés de douleurs plus ou moins vives, de phénomènes de contracture ou de rétraction, à la vérité peu persistants; mais qui néanmoins présentent toutes les allures d'un état phlegmasique. Ces symptômes qui se retrouvent plus tard avec des caractères un peu différents, mériteraient, dans la période qui nous occupe, une étude plus approfondie que celle à laquelle ils ont été soumis jusqu'à présent.

Périostites.—Le périoste et les os n'échappent pas aux atteintes de la syphilis secondaire. Les os superficiels, comme les tibias, les clavicules, le sternum et les os crâniens, y sont le plus exposés; ils sont affectés de douleurs ordinairement violentes, supportables dans le jour, quelquefois intolérables dans la nuit, et surtout de neuf heures du soir à quatre ou cinq heures du matin, temps pendant lequel elles produisent l'insomnie et troublent le repos des malades. Peu différentes, quant à leurs caractères, des douleurs de la période qui suit, les douleurs ostéocopes secondaires existent sans qu'il soit toujours facile de les rattacher à une lésion matérielle de l'os. Cependant, en présence des modifications concomitantes des systèmes cutané ou muqueux, il y a lieu de croire que le périoste et les os ne sont pas alors entièrement intacts. Bassereau (1) a vu naître une périostose dans ces conditions, et plusieurs fois nous avons observé des périostites chez des individus qui présentaient, dans le cours de la période des syphilides exanthématiques, en même temps qu'une légère tuméfaction de la face antéro-supérieure des tibias, une rougeur diffuse accompagnée de douleurs spontanées que la pression parvenait encore à aggraver. Tout récemment, le docteur Ch. Mauriac (2) a fait une étude suivie des lésions de ce genre, qu'il divise en trois catégories, suivant qu'elles affectent les os du crâne, les côtes le sternum, ou enfin les autres os. Les périostites crâniennes, discrètes ou confluentes, occupent principalement la moitié antérieure du crâne, elles sont le siége de douleurs fixes et le point de départ de douleurs irradiantes à forme névralgique, douleurs qui se rencontrent encore dans les périostites sterno-costales (3), où elles occasionnent quelquefois une dyspnée des plus vives. Ces périostites surviennent en général de 15 à 120 jours après le début du chancre infectant; elles se font remarquer par une faible ténacité, la tendance à la résolution ou même à la guérison spontanée. De même que les syphilides exanthématiques, elles sont sujettes à récidive, souvent multiples et accompagnées d'un mouvement fébrile à exacerbation nocturne en rapport avec leur étendue (4). Il résulte de là que leur pronostic n'est pas grave. Un traitement mercuriel ne tarde pas à avoir raison de ces accidents, dont la marche est d'ailleurs

(1) Voy. Observation, p. 395 de son livre.

(2) Ch. Mauriac. *Sur les affections syphilitiques précoces du système osseux* (*Gaz. des hôpitaux*, 1872).

(3) Brodrich, cité plus haut, p. 105, attribue à une périostite très-limitée la vive sensibilité du sternum au début de la syphilis secondaire.

(4) Baumler et Duffin, dans *Transact. of the clinical Soc. of London*, III, 1870.

plus rapide que celle que l'on remarque dans les affections plus tardives. Ainsi, modifications passagères du tissu osseux, périostites superficielles et légères, ne laissant à leur suite aucune trace appréciable de leur passage, tels sont, en somme, les désordres que présente le système osseux pendant le cours de la période d'éruption générale. Les mêmes différences anatomiques qui séparent les syphilides superficielles des syphilides profondes distinguent donc aussi les lésions osseuses secondaires des lésions tertiaires; ces différences se retrouvent entre les arthropathies de la seconde et de la troisième période, et cette circonstance nous paraît assez importante pour que nous croyions devoir scinder la description de ces manifestations.

Arthrites. — Plusieurs auteurs, postérieurs ou même antérieurs à Astruc, avaient remarqué que la syphilis pouvait parfois porter ses effets sur certaines articulations; mais aucun d'eux, que je sache, n'avait eu l'idée qu'il pût y avoir quelque différence dans l'affection articulaire, suivant qu'elle coexistait avec les accidents secondaires ou tertiaires. Astruc n'aperçut pas non plus cette différence que Babington, l'un des premiers, sut reconnaître.

« Il se présente de temps en temps, quoique rarement, dit cet auteur (1), des cas où l'inflammation de la membrane synoviale des articulations se manifeste en coïncidence avec des symptômes secondaires de caractère non douteux, augmente d'intensité pendant la période d'accroissement de ces symptômes et se dissipe aussitôt que l'éruption cutanée ou l'affection de la gorge est combattue avec succès par l'emploi du mercure. Dans les cas de cette espèce, l'inflammation synoviale se présente sous forme aiguë, et s'accompagne d'une douleur, d'une tension et d'une rougeur superficielle très-intenses, qui suffisent pour la faire distinguer de la forme lente et asthénique de la même affection que l'on observe fréquemment dans les cas de cachexie générale. » Des observations personnelles (2) nous ont conduit à admettre la même distinction. Voici deux faits qui nous ont fourni, sur ce point, les éléments d'une conviction absolue.

Chancre, plaques muqueuses et roséole, arthropathies, grossesse.

Obs. XIV. — La nommée B....., âgée de vingt-six ans, couturière, est enceinte de cinq mois environ. Deux mois après la dernière époque menstruelle, elle eut à l'anus d'abord un *seul bouton*, puis un autre, qui tous les deux prirent un volume assez considérable. Avant cette époque, elle dit n'avoir rien eu aux parties génitales (elle affirme n'avoir eu de rapports qu'avec un seul individu). Le 11 juillet 1864, au matin, elle s'aperçoit d'une éruption constituée par des taches érythémateuses. Elle consulte un médecin qui lui prescrit des pilules, et le 16 juillet elle est admise à l'Hôtel-Dieu. Le lendemain, 17, elle raconte que depuis le 9 juin elle se sent fatiguée, courbaturée. Elle ne peut rester assise. Elle éprouve des douleurs dans les jambes. « J'ai les bras, dit-elle, comme si l'on m'avait battue. » Malgré ce brisement général, pas de céphalée, mais deux plaques muqueuses sur chacune des grandes lèvres; tubercules muqueux à la partie externe des plis cruraux et à l'anus; rien à la gorge; sur toute la partie abdominale, taches nombreuses, légèrement saillantes, d'un jaune un peu cuivré, de la grandeur

(1) Hunter, *Œuvres complètes*, trad. de Richelot, p. 651. Paris, 1840.
(2) Lancereaux, Mémoire communiqué à la Société de chirurgie, sept. 1863.

d'une pièce de 20 centimes ou un peu moins larges ; à peine quelques taches sur les jambes, quelques-unes sur les avant-bras. Absence d'adénopathies ; quelques jours plus tard, un seul ganglion à la racine des cheveux en dehors de l'insertion du muscle trapèze. Douleurs dans un grand nombre de jointures. Deux pilules de Dupuytren.

Le 27 juillet, les douleurs osseuses et articulaires n'ont subi aucune modification appréciable ; les genoux, les articulations tibio-tarsiennes, les coudes, les articulations des doigts et le sternum sont tuméfiés, douloureux. La peau qui les recouvre est rouge sur quelques points, les mouvements sont douloureux, et la malade se trouve dans l'impossibilité de marcher ; la douleur toutefois est moins vive que dans la plupart des affections rhumatismales. L'éruption persiste, les plaques muqueuses se modifient. Ganglions indurés dans les aines. Absence de fièvre. Du 28 au 30, l'état des articulations n'a pas changé. Douleurs ostéocopes plus vives la nuit que le jour. Roideur des jambes et des jointures. Insomnie. Du 30 juillet au 3 août, légère amélioration du côté des plaques muqueuses ; épanchement manifeste dans les articulations des genoux, rougeur légère de la peau au niveau de ces articulations.

Le 4 août, l'éruption commence à pâlir. Le 6, on établit sur les genoux une compression à l'aide de bandes de caoutchouc. Deux jours après, les douleurs ont beaucoup diminué ; le 9, elles sont à peine senties, et cela aussi bien dans les genoux que dans les autres articulations. A dater de cette époque, les plaques muqueuses sont en partie cicatrisées, l'éruption rubéolique s'efface de jour en jour ; les articulations, bien moins volumineuses, sont à peine douloureuses dans les mouvements. La malade sort sur sa demande, le 15 août, à peu près débarrassée des accidents qu'elle présentait, et sans avoir jamais cessé de prendre chaque jour deux pilules de Dupuytren.

Chancre induré, syphilide érythémateuse et papuleuse, récidive de roséole, fièvre et arthrites syphilitiques.

Obs. XV. — Le 24 juillet 1863, M. X..., étudiant en médecine, contracte un chancre induré de la couronne du gland, avec une femme chez laquelle il constata peu de temps après une adénite inguinale.

Environ deux mois plus tard, adénopathies inguinales, syphilides érythémateuse et papuleuse, cette dernière principalement localisée à la paume des mains, plaques muqueuses multiples, nombreuses surtout à l'anus. Pilules de Dupuytren pendant un mois, et bains sulfureux. En février 1864, nouvel accident, auquel Cullerier assigne le nom d'ulcère induré, mais qui guérit en dix jours ; le malade avait en même temps des plaques muqueuses dans la bouche. Continuation du traitement mercuriel.

En juillet 1864, chancre phagédénique bientôt suivi de bubons suppurés qui ne cèdent pas au traitement abortif (vésicatoires et badigeonnages à la teinture d'iode), et qui nécessitent l'ouverture par le bistouri ; suppuration longue, cicatrisation lente malgré des soins minutieux.

En novembre 1864, à la suite d'excès de boissons et de femmes, apparition d'une roséole qui dure au moins trois semaines. Dans le cours de janvier 1865, malaise, courbature, fatigue, fièvre par moments, bronchite légère et laryngite ; en même temps apparaissent des douleurs qui se localisent aux deux poignets. Ceux-ci deviennent bientôt le siége d'un gonflement notable et se recouvrent d'une rougeur disséminée sous *forme de taches*. Les douleurs sont plus violentes la nuit et pendant les mouvements. Le malade les compare volontiers à une sensation de *brisement* (proto-iodure de mercure, chaque jour 2 pilules de $0^{gr},025$). Quinze jours de ce traitement font cesser les lésions articulaires, mais celles-ci se manifestent de nouveau un mois et demi plus tard, et elles se localisent enfin aux membres supérieurs et principalement aux poignets ; cette fois elles sont plus violentes, mais le gonflement est moindre ; la rougeur articulaire se présente encore sous forme de taches.

Cette seconde poussée articulaire durait depuis cinq à six jours, lorsque le malade, se mettant à l'usage de l'iodure de potassium, 1 gramme par jour, est débarrassé après quatre jours de l'emploi de ce médicament. En avril il n'existe plus aucun accident. Santé générale bonne. (Voyez encore observation X, p. 140.)

De ces deux observations nous pourrions rapprocher un cas que nous a dit avoir observé le docteur Charcot et un autre qui se trouve inséré dans un Mémoire que nous avons remis à la Société de chirurgie. Dans tous ces faits, la lésion articulaire, toujours concomitante des éruptions syphilitiques secondaires, a suivi une évolution particulière ne laissant, à notre avis, aucun doute sur le rapport de causalité qui rattache à la syphilis les désordres pathologiques articulaires : et la preuve en est que ces manifestations, auxquelles on avait pu attribuer une origine rhumatismale, n'ont cédé que le jour où, reconnaissant leur véritable nature, on eut recours à une médication antisyphilitique.

Les symptômes propres aux arthrites de la syphilis secondaire ont une grande ressemblance avec ceux du rhumatisme (1). Dans les deux maladies, les articulations sont le siége de gonflement, de rougeur et de douleur; mais, avec la syphilis, le gonflement articulaire est, en général, peu considérable, la rubéfaction est moins étendue. Une fois nous pûmes constater l'existence d'un épanchement séreux dans les deux genoux. La douleur, que les malades comparent volontiers à une sensation de brisure ou de déchirement, sujette aux exacerbations nocturnes, est peu exaltée par les mouvements. Les genoux, les poignets, les coudes, les articulations des doigts, étaient isolément ou simultanément lésés dans les faits qui ont passé sous nos yeux. Une de nos malades, jeune artiste, obligée d'étudier sur le piano, eut seulement les poignets et les articulations des doigts atteints. Il est rare qu'une seule articulation soit affectée, et ce fait ne doit pas surprendre puisque la généralisation des états pathologiques est le propre de la syphilis à ce moment de son existence. Toutefois, si les arthropathies secondaires, de même que les arthropathies rhumatismales, sont multiples, disons qu'elles n'ont pas la mobilité de ces dernières et que leur durée est généralement plus longue, à moins que l'on ne fasse intervenir un traitement spécifique. La fièvre, d'ailleurs, peu intense le matin, offre un paroxysme marqué le soir, dans les localisations articulaires syphilitiques, qui, par là, se distinguent encore des manifestations rhumatismales, comme aussi par leur coexistence avec des adénopathies et des éruptions différentes de celles du rhumatisme.

Le pronostic des arthropathies syphilitiques secondaires est relativement peu sérieux, ce qui résulte de ce que ces affections, n'attaquant que la partie la plus superficielle des surfaces articulaires, ne laissent à leur suite aucun désordre consécutif dans les articulations.

Synovites tendineuses. — Les affections syphilitiques des gaînes tendineuses se rapprochent des lésions précédentes, avec lesquelles elles

(1) La ressemblance de certaines manifestations syphilitiques avec le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, indiquée par nous dès 1865, a été confirmée par les recherches de Baumler et Duffin, *De la température de la syphilis*, dans *Transact. of the clinical Society* III, p. 170, 1870. Aux caractères que nous avons signalés, ces auteurs ont ajouté les résultats fournis par la température, qui, nulle ou presque nulle le matin, s'élève le soir jusqu'à 39° et au delà.

coexistent assez généralement. Ces affections, étudiées par Verneuil (1) et Alf. Fournier sont plus communes chez la femme que chez l'homme; elles se localisent le plus souvent aux tendons extenseurs des doigts, mais on les trouve aussi sur les tendons des extenseurs des orteils, sur ceux des muscles biceps crural et brachial, long supinateur, etc. Une tuméfaction légèrement saillante se produit sur le trajet du tendon, soit dans sa continuité, soit en un point voisin de son insertion au squelette. Cette tuméfaction, allongée, rarement accompagnée de rougeur des téguments, aplatie, peu douloureuse ou indolente, donne lieu à une fluctuation obscure, à un empâtement vague et diffus. Le mouvement volontaire du muscle répondant au tendon lésé est difficile ou douloureux; le mouvement imprimé détermine habituellement une assez vive souffrance au siége même de la lésion. Joints aux symptômes objectifs, les troubles fonctionnels ne laissent aucun doute sur l'existence d'une synovite tendineuse; isolés, ils permettent, par la localisation spéciale de la souffrance, de soupçonner cette affection. La relation de cette lésion avec la syphilis se déduit de sa coïncidence presque constante avec d'autres manifestations syphilitiques et de son apparition, sans cause appréciable, dès le début ou dans les premiers temps de la période secondaire. Chez un de nos malades, les gaînes tendineuses des muscles court extenseur et long abducteur du pouce se trouvèrent affectées en même temps que le pharynx et le cuir chevelu.

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX.

Névralgies. — Les névralgies, et par ce mot nous entendons des douleurs fixes et localisées et non les douleurs vagues et erratiques dont il a déjà été question, ne sont pas absolument rares dans le cours de la période secondaire. Les nerfs encéphaliques y sont particulièrement prédisposés; aussi les névralgies du front et de la tête sont-elles beaucoup plus communes que celles les nerfs des autres régions. Ces névralgies n'ont aucun caractère spécifique; elles coexistent fréquemment avec une céphalée opiniâtre, et sont quelquefois intermittentes, ou même périodiques. Ordinairement fugaces, elles apparaissent au début ou dans le cours des syphilides exanthématiques; elles occupent souvent les deux côtés; à la tête, elles affectent quelquefois en même temps le front et l'occiput. Ces caractères se rencontraient chez une jeune femme admise le 26 septembre 1866 à l'Hôtel-Dieu, sous ma direction. Cette malade éprouve depuis huit jours, vers le soir, dans les yeux et dans le front, des élancements douloureux qu'elle compare à des coups de canif; elle souffre peu dans le jour. Lors de son entrée à l'hôpital, elle présente une roséole syphilitique des plus manifestes. Il existe, à la pression, des points douloureux sus-orbitaires, frontaux, malaires et sous-occipitaux très-accusés des deux côtés; bourdonnements d'oreille, insomnie, courbature légère. A la nuit tombante, dit la malade, j'ai comme des coups de rasoir qui me traversent la tête au niveau des tempes en passant par le sommet; même douleur dans les paupières et le front. Ces accidents cèdent en quelques

(1) A. Verneuil, *De l'hydropisie des gaînes tendineuses des extenseurs des doigts dans la syphilis secondaire* (*Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, 1868, p. 609), — Alf. Fournier, *ibid.*, p. 645.

jours à l'emploi de l'iodure de potassium. Une autre malade, également au début d'une éruption rubéolique et qui avait eu antérieurement des accès de fièvre intermittente, fut prise d'une névralgie frontale périodique pour laquelle le sulfate de quinine fut sans résultat, quand au contraire l'iodure de potassium se rendit promptement maître de l'affection. Une troisième enfin, arrivée à la même période de la syphilis, me présenta une simple névralgie occipitale revenant tous les jours vers quatre heures du soir. Cette affection, comme on le voit, s'observe plus fréquemment chez la femme que chez l'homme.

Paralysies locales. — Ces paralysies affectent de préférence ceux des nerfs encéphaliques (facial, oculo-moteurs) qui parcourent les canaux fibreux ou osseux de la base du crâne, et l'on se demande si elles ne sont pas plutôt un effet de l'altération du canal fibro-osseux que de celle du nerf lui-même, et s'il ne faut pas les considérer comme des paralysies indirectes. Quoi qu'il en soit, ces affections apparaissent en même temps que les premiers symptômes secondaires. Bassereau (1) a observé deux cas d'hémiplégie faciale peu de temps après le début d'une syphilide érythémateuse. Davaine (2) a vu survenir cette affection un mois après les accidents primitifs. Des faits assez semblables ont été consignés par nous dans un travail antérieur (3), et depuis lors il a été publié deux nouveaux cas (4) d'hémiplégie faciale coïncidant avec une syphilide exanthématique. Enfin nous avons connaissance d'un dernier fait du même genre, communiqué à la Société médicale du 2e arrondissement par le docteur Lefeuvre. Dans tous ces faits, l'hémiplégie faciale, le plus souvent rapide ou subite, n'était pas tout à fait complète ; le muscle orbiculaire des paupières était touché, et l'excitabilité électrique était diminuée. Les symptômes anamnestiques ou concomitants ont seuls servi à fixer le diagnostic, car aucun signe particulier ne venait révéler l'origine du mal. La guérison a été la règle; il en est autrement dans la période tertiaire.

Paralysies centrales. — Dès que les affections des nerfs comme celles de la peau diffèrent suivant l'âge de la syphilis, il y a lieu de croire que les affections des centres cérébro-spinaux ne se comportent pas autrement, et que les manifestations fibreuses, osseuses et viscérales de la syphilis sont soumises à une loi commune; mais jusqu'ici nous connaissons peu les altérations secondaires des centres nerveux. Parmi les observations que renferme notre ouvrage sur les affections nerveuses syphilitiques, il est un seul cas d'hémiplégie syphilitique secondaire, et encore n'indique-t-il aucune lésion cérébrale appréciable. Il s'agit d'un homme jeune affecté d'un impétigo syphilitique, six mois après l'apparition d'un chancre, et qui, presque subitement, fut pris d'une hémiplégie droite. L'autopsie ne révéla aucune lésion manifeste à l'œil nu ; mais il n'y a pas eu d'examen microscopique (5). Le docteur E. Vidal, nous a dit avoir observé un cas assez semblable :

(1) *Traité des affect. de la peau sympt. de la syphilis*, p. 76.
(2) *Comptes rendus de la Société de biologie*, t. IV, p. 169 ; 1852.
(3) Voy. Léon Gros et Lancereaux, *Des affect. nerv. syphilitiques*, observ. LXVIII, LXIX, CCLVIII, CCLIX, CCLX et CCLXI.
(4) Langlebert, *Gaz. des hôpitaux*, p. 473. — Bahuaud, d'Angers, même journal, p. 582 ; 1863.
(5) Voyez Obs. XLVI, p. 173.

l'hémiplégie survint peu de temps après la disparition de la roséole ; la guérison ne fut pas tout à fait complète. Le docteur Kuh a de son côté rapporté (1) un fait qui mérite d'être rapproché des précédents. Une femme âgée de quarante-sept ans manifesta, quatre à cinq semaines après l'apparition d'un écoulement aux parties génitales, une syphilide papulo-squameuse avec adénopathie et alopécie. Quinze jours plus tard, elle éprouva de la céphalalgie, des douleurs dans l'œil droit, avec diminution de la vue de ce côté ; en même temps survint de la faiblesse des membres inférieurs. Dans l'examen que l'on fit de cette malade, on constata, outre ces symptômes, une iritis et des condylomes à la région des lèvres. La faiblesse du membre inférieur gauche se changea bientôt en une paralysie complète, qui succéda, avec la chute de la paupière de l'œil droit, à une attaque convulsive. Par suite de l'emploi de l'iodure de potassium, une légère amélioration se manifesta, mais de nouvelles convulsions amenèrent l'apathie, la somnolence, la sterteur et enfin la mort. L'ouverture cadavérique montra une infiltration des méninges de la convexité par un exsudat jaune que l'on retrouva encore sous forme de petites masses dans l'épaisseur de la substance des hémisphères.

Si je m'en rapporte à quelques faits observés par moi depuis ces dernières années, les affections secondaires des centres nerveux se traduisent par des symptômes peu différents de ceux des phlegmasies subaiguës de ces centres. Un homme jeune, que j'ai traité en 1870 à la Maison municipale de santé, présenta, dans le cours d'une syphilis secondaire, des accidents qui avaient toutes les allures d'une méningite cérébro-rachidienne et qui guérirent rapidement par l'emploi de l'iodure de potassium. Les lésions de la moelle épinière ne paraissent pas se comporter d'une autre façon. Contrairement à ce que nous verrons plus tard, elles sont en général diffuses, étendues pendant la période secondaire ; en même temps elles présentent les caractères symptomatiques d'une inflammation subaiguë. Un jeune Américain des plus robustes contracte un chancre, et, malgré un traitement mercuriel, il est, trois mois plus tard, atteint d'une éruption rubéolique et de périostoses superficielles. Vers le septième mois de sa maladie il éprouve des fourmillements et de la faiblesse d'abord dans la jambe droite, puis dans la jambe gauche, de telle sorte qu'au bout de huit jours il était atteint d'une paralysie complète du sentiment et du mouvement de la moitié inférieure du tronc, avec abolition des actes réflexes des jambes. Cette paraplégie, malgré un traitement spécifique, fut suivie d'eschares persistantes et de l'atrophie des muscles paralysés. Toutefois, deux petites tumeurs ayant leur siège dans les épididymes cédèrent assez vite au traitement ioduré. Aucun caractère spécial en dehors des accidents concomitants n'est propre à révéler ici la nature de l'affection nerveuse, et, pour ce motif, les altérations secondaires du système nerveux réclament une étude plus approfondie.

Les antécédents des malades et les symptômes syphilitiques qui accompagnent assez ordinairement ces affections, aideront à en diagnostiquer la nature et conduiront à l'emploi d'un traitement efficace.

(1) *Prager med. Wochenschr.* 23, 1864, et Schmidt's *Jahrb.* Bd. CXXV, S. 312. — Consultez Aug. Berger, *Zur Casuistik der Hirnaffect. bei sekundärer Syphilis*, inaug. Abhandl.

Le pronostic des paralysies syphilitiques secondaires, très-variable suivant l'étendue de ces paralysies, est relativement moins sérieux, même lorsqu'on méconnaît leur liaison avec la syphilis, que celui des paralysies d'égale intensité provenant d'une lésion matérielle d'origine différente. La connaissance de ces paralysies permettra d'activer la marche de la maladie et d'obtenir une guérison beaucoup plus prompte.

AFFECTIONS OCULAIRES (OPHTHALMIES SECONDAIRES).

Dans les premières années de ce siècle, Travers et Lawrence en Angleterre, Beer (1) en Allemagne et Sichel (2) en France, étudièrent les lésions syphilitiques des paupières et de l'iris. L'ophthalmoscope devait nous faire connaître les lésions plus profondes de la choroïde et de la rétine; de Graefe, Desmarres (3) et Follin (4) étaient appelés à l'honneur de nous en donner les premières descriptions.

De toutes les manifestations de la syphilis, ces affections sont peut-être celles qu'il est le plus difficile de classer. Tantôt elles accompagnent les syphilides exanthématiques, tantôt, apparaissant plus tardivement, elles constituent pour ainsi dire une époque de transition entre les altérations secondaires et les affections tertiaires. En général, l'œil est envahi de sa partie antérieure à sa partie postérieure, et ses lésions sont d'autant mieux circonscrites et plus graves qu'elles surviennent à une période plus éloignée du début de l'accident primitif. A dire vrai, aucune des membranes oculaires n'est à l'abri des atteintes de la syphilis. L'iris et la choroïde sont les plus exposés, à cause, sans doute, de leur grande vascularisation, et comme en définitive la localisation morbide se limite plus spécialement à l'une ou à l'autre membrane, il en résulte que nous devons faire l'étude successive des altérations propres à chacune d'elles.

IRITIS.

BIBLIOGRAPHIE. — CARMICHAEL, *Observ. on the effic. of turpentine in the venereal and others inflamm. of the Eye*. Dublin, 1829.—LAWRENCE, *On the venereal diseases of the eye*. London, 1830. — VELPEAU, *Dict.* en 30 vol., art. Iritis. — AMMON, *De iritide*. Leipzig, 1839 et *Iritis séreuse*, etc. Annales de la chirurgie franç. et étrangère, 1844, t. X. — RICORD, *Clinique iconogr. de l'hôpital des vénériens*, Paris, 1851, et *De l'iritis syphilitique* (Annales d'oculistique, t. XXXVI). — CH. DÉVAL, *Des affections vénériennes de l'œil* (*Gaz. méd.*, p. 2, 1848). — TAVIGNOT, *Iritis syphilitique* (*Gaz. des hôpit.*, 1848). — M. ROBERT, *Mém. sur l'iritis syphilitique* (*Rev. méd. chir.*, t. X, p. 86, 185). — FELLETIN, *De l'iritis syphilitique*. Thèse de Paris, 1867. — DESMARRES, *Gaz. des hôpit.*, 1870, p. 303. — H. SCHMIDT, *Berlin. klin. Wochenschr.*, IX, 23, 1872.—G. GASCOYEN, *Cases of iritis occurring in syphilis treated with mercury*, etc., Med. chir. Transact., t. LII, 265, 1869.

(1) Beer, *Lehre von den Augenkrankheiten*. Wien, 1813-1815.

(2) Sichel, *Gaz. des hôpitaux*, 1833, n° 32; *Traité de l'ophthalmie*, etc. 1837, p. 426 à 456; *Journal des connaissances médicales pratiques*, déc. 1840, p. 65 et suiv., janv. 1841, p. 97 et suiv.; *Iconographie ophthalmologique*. Paris, 1853, p. 129.

(3) Desmarres, *Traité des maladies des yeux*. Paris, 1859.

(4) E. Follin, *Leçons sur l'exploration de l'œil*. Paris, 1863.

Mise en question par J. de Vigo, figurée par Beer, Dalrymphe et Sichel, l'iritis syphilitique a été décrite, quant à ses symptômes, par Lawrence, Desmarres, Mackenzie, Wharton Jones et la plupart des ophthalmologistes modernes. L'un des auteurs qui se sont occupés de son étude anatomique, Virchow, reconnaît une iritis superficielle (*peri-iritis, iritis serosa*), et une iritis profonde (*iritis parenchymatosa*), dont l'une occasionne des synéchies et des atrésies, tandis que l'autre amène des épaississements, des cicatrices et des rétractions. Cet auteur incline à admettre encore une iritis gommeuse, de la sorte on trouverait dans l'iris tous les modes d'altération qui seront signalés plus tard dans le foie, les testicules et les principaux viscères. En fait, les altérations syphilitiques de l'iris ne présentent pas toujours les mêmes caractères : les unes, plus superficielles et aussi plus étendues, envahissent toute la membrane irienne ; les autres, plus tardives, plus profondes et mieux circonscrites, dépassent à peine dans certains cas les limites du cercle ciliaire. C'est dans l'épaisseur même de la membrane que ces dernières se développent pour venir ensuite éclore à sa surface ; mais on a rarement l'occasion d'examiner ces lésions de l'iritis syphilitique que certains auteurs ont comparées aux dépôts gommeux. Cependant, A. Græfe et Tolberg (1), ayant extirpé une tumeur syphilitique de l'iris qui menaçait d'amener la fonte purulente de l'œil, trouvèrent que cette tumeur présentait, à l'examen microscopique, tous les caractères assignés aux tumeurs gommeuses jeunes. Ce fait que l'iris est susceptible de devenir le siége de dépôts analogues aux dépôts gommeux, explique l'existence de ces prétendus abcès de l'iritis syphilitique, dernier terme des tubercules gommeux. Ceux-ci, du reste, connus de Beer sous le nom de condylomes, peuvent s'ouvrir dans la chambre antérieure et devenir le point de départ d'un hypopyon, ou bien, mais beaucoup plus rarement, se faire jour à l'extérieur, après avoir perforé la cornée, ainsi qu'il arrive des gommes du testicule qui vont parfois jusqu'à détruire le scrotum.

L'iritis syphilitique se montre de neuf semaines à dix ans (2) et même plus à partir du moment de l'infection générale ; rare chez l'enfant, elle s'observe en général chez l'adulte, son début est lent, incertain et souvent insidieux. Ses symptômes sont les uns objectifs et les autres subjectifs.

Symptômes objectifs. — Dès le début de cette affection, l'œil devient rouge par suite de l'injection des vaisseaux et du cercle périkératique ; l'iris, d'abord terne, prend peu à peu une teinte sale, grisâtre, sombre et obscure, qui ne permet plus de voir aussi distinctement le bel arrangement de ses fibres. Quelquefois on observe à sa surface de petites élevures isolées d'un rouge brun, que Ricord et Nyman ont pu comparer aux papules syphilitiques, et qui sont peut-être uniquement formées par des extravasations sanguines. Le bord marginal et plus tard le bord libre sont atteints. Inégal, irrégulier et plus ou moins déformé, ce dernier présente une teinte d'une rougeur bleuâtre ou rouillée, qui ensuite passe au jaune.

(1) *Archiv für Ophthalmolog.*, t. VIII, 1re part., 288-296.
(2) Fl. Cunier, dans *Annales d'oculistique*, t. XVI, p. 210.

Telle est l'iritis contemporaine des exanthèmes syphilitiques. Dans l'iritis plus tardive, il arrive de rencontrer, outre ces changements, la tuméfaction et la décoloration d'un ou plusieurs points de l'iris, puis ces petites tumeurs blanchâtres dont il a été question, et enfin l'inflammation oculaire qui peut en être la conséquence. L'humeur aqueuse s'accumule alors dans les chambres de l'œil, quelquefois même on voit la cornée se troubler et présenter de petits points bruns, et l'on observe les symptômes de la kératite ponctuée.

Dans ces diverses conditions, les mouvements de l'iris sont lents, difficiles ou même impossibles sous l'influence des excitants ; la pupille est plus ou moins retrécie, anguleuse et déplacée en haut ou en bas, son bord rétracté est parfois adhérent à la capsule du cristallin.

Symptômes subjectifs. — La douleur, si elle ne fait défaut, est ordinairement légère, elle se fait sentir non-seulement dans l'œil mais au pourtour de l'orbite. Continue, elle présente des exacerbations nocturnes plus intenses peut-être dans l'iritis tardive. Le larmoiement, la photophobie, sont rares, mais fréquemment la vision est diminuée en raison de la plus ou moins grande obstruction de la pupille. La photopsie n'existe qu'autant que les membranes profondes de l'œil sont simultanément affectées.

Un malaise général, un état fébrile peu intense accompagnent ces symptômes. Les deux yeux peuvent être pris à la fois quand l'iritis est précoce ; mais, en général, ils sont envahis l'un après l'autre. Dans ces conditions, d'ailleurs, les rechutes ne sont pas rares : l'iritis tardive, plus tenace, se localise sur un seul œil.

La marche de l'iritis syphilitique est lente et la durée relativement longue en l'absence de tout traitement spécifique. La guérison est la terminaison ordinaire de l'iritis précoce (*iritis serosa*), mais elle n'est pas toujours celle de l'iritis tardive ; celle-ci laisse quelquefois à sa suite des synéchies, des déformations de la pupille et un trouble persistant de la vision, en dehors des graves complications dont elle peut être le point de départ.

Diagnostic. — La teinte rouillée ou cuivrée du bord libre de l'iris, les déformations plus ou moins anguleuses de l'ouverture pupillaire, et, dans certains cas, la présence de dépôts condylomateux ou tuberculeux, tels sont les signes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic de l'iritis syphilitique ; ces signes, toutefois, n'ont de valeur absolue qu'autant qu'il existe en même temps des symptômes de syphilis secondaire, ou du moins des traces d'infection syphilitique. Suivant Galezowski (1), l'existence de l'inflammation simultanée de plusieurs membranes de l'œil est un signe important de l'iritis syphilitique.

L'évolution lente, les déformations ou même les perforations qui succèdent parfois aux dépôts syphilitiques de l'iris, serviront à distinguer ces dépôts des abcès avec lesquels il serait possible de les confondre. Mais c'est avec l'iritis rhumatismale surtout que l'iritis syphilitique présente de grandes analogies symptomatiques. Le tableau suivant, que nous devons à l'obligeance du

(1) Galezowski, *Traité des maladies des yeux*. Paris, 1872, p. 345.

docteur A. Desmarres, nous paraît résumer aussi exactement que possible les signes qui différencient ces deux affections.

IRITIS SYPHILITIQUE.	IRITIS RHUMATISMALE.
Pas de symptômes aigus.	Toujours des symptômes aigus.
Lenteur dans le début de la maladie.	Début brusque.
Coloration vert jaunâtre de l'iris, trouble de la cornée et de l'humeur aqueuse.	Jamais de coloration de l'iris, la cornée et l'humeur aqueuse conservent leur transparence.
Cercle périkératique peu accentué.	Cercle très-accentué.
Synéchies et exsudats pupillaires.	Synéchies rares.
Kératite ponctuée dans la période ultime.	Jamais de kératite ponctuée.
Condylomes iridiens.	Jamais de condylomes.
Peu de photophobie.	Photophobie des plus intenses.
Larmoiement souvent peu abondant.	Larmoiement toujours abondant.
Couleur sale de l'œil en général.	L'œil est plus vif, plus brillant.

Le pronostic de l'iritis syphilitique est quelquefois sérieux. Si, lorsqu'elle est précoce et soigneusement traitée, cette affection se dissipe le plus souvent sans laisser de trace, il n'en est pas toujours ainsi quand elle se trouve abandonnée à elle-même, car elle peut s'étendre à la choroïde ou à la rétine, et amener la destruction de l'œil. Gascoyen prétend néanmoins qu'un traitement simple produit des résultats aussi satisfaisants que le traitement spécifique. L'iritis syphilitique tardive est une affection dangereuse et qui peut compromettre l'intégrité de la fonction visuelle.

CHOROÏDITE.

Bibliographie. — De Græfe, *Affections syphilitiques des yeux*. Deutsche Klinik, 1858, n° 21, et *Archives génér. de méd.*, 1859. t. I. 347. — Hutchinson, *Ophth. hosp. Reports*, 1859-1860, vol. II, p. 258. — A. Schulze, *De la choroïdite syphilitique*. Thèse de Paris. 1859. — Bader, *Des apparences ophthalmoscopiques de la syphilis secondaire*, Ophthalmic hospital Reports, t. I, p. 245, 251, et *Annales d'oculistique*, t. XLII. p. 163. — Le même, dans *Guy's hosp. Reports*, ser. III, vol. XVI, p. 463. — Meilhac, *Recherches sur l'amaurose syphilitique*. Thèse de Paris, 1863. — Cocci, *Sur l'amaurose syphilitique* (*Gaz. med. lombarda ital.*, 1864, n° 10). — X. Galezowski, *Observations cliniques sur les maladies des yeux*. Paris. 1862, et *Archives génér. de méd.*, t. I, p. 133, 1871. — Rich. Liebreich, *Atlas d'ophthalmoscopie*. Paris, 1863.

De même que l'iritis, la choroïdite est une affection qu'il n'est pas très-rare de rencontrer dans le cours de la syphilis secondaire. Tantôt altérée dans toute son étendue, la membrane vasculaire de l'œil est d'autres fois plus particulièrement affectée dans sa moitié postérieure ou dans sa moitié antérieure. Dans l'un et dans l'autre cas, l'altération peut se transmettre aux membranes voisines et produire des choroïdo-rétinites ou des irido-cyclites. La faible réaction qui accompagne la choroïdite contribue à rendre son début quelquefois incertain ; plus tard elle se manifeste, comme l'iritis, par deux ordres de phénomènes, les uns subjectifs, les autres objectifs.

Symptômes subjectifs. — Un trouble visuel léger, une sorte de lassitude oculaire, une sensation de tension douloureuse peu intense, mais profonde, sont les premiers symptômes qui éveillent l'attention des malades. L'affaiblissement de la vue progresse peu à peu, les objets apparaissent comme à travers un brouillard graduellement épais ; quelquefois, mais exceptionnellement, il y a perception de points opaques fixes ou de mouches volantes ; il n'existe de photopsie qu'autant que la rétine est simultanément affectée. La vue, d'abord diminuée, peut être plus tard complètement perdue. La douleur aussi est susceptible de devenir plus intense ou même de présenter des exacerbations nocturnes.

Symptômes objectifs. — Ils sont de beaucoup les plus importants. De longues veines à cours sinueux se montrent sous la surface conjonctivale sclérotidienne, qui, pour la plupart, de même que les muscles droits, convergent vers la cornée, où elles s'anastomosent entre elles pour former des anses ou arcades dont la convexité regarde la circonférence cornéenne. Avec cette injection, la sécrétion lacrymale n'est pas modifiée, les milieux antérieurs de l'œil sont transparents, l'ouverture pupillaire reste normale, à moins d'une iritis concomitante ; la contraction de la membrane irienne est toutefois affaiblie.

A l'examen ophthalmoscopique, le corps vitré est troublé et l'on y voit flotter des flocons gris et blancs du volume d'une petite tête d'épingle ou sous forme d'une mince toile d'araignée (Bader). Sur le fond de l'œil apparaît la papille, non pas distincte et nette, mais comme à travers un verre dépoli ou un brouillard épais, voilée comme par une gaze, avec des contours confus et en quelque sorte effacés. Sa coloration, d'un blanc jaunâtre dans quelques cas, l'a fait comparer à certains aspects du soleil dans une atmosphère chargée de vapeurs. Les vaisseaux choroïdiens, injectés dès le début de l'affection (choroïdite congestive), sont quelquefois, plus tard, petits, diminués de volume, oblitérés, et la sclérotique apparaît sous forme de taches blanchâtres plus ou moins étendues. La couche pigmentaire est d'ailleurs généralement modifiée et moins opaque (macération pigmentaire). Il existe enfin, sur le segment postérieur de la choroïde principalement, de petites taches exsudatives blanches entourées d'une auréole d'un brun rougeâtre, légèrement saillantes à leur début, et qui, au rapport de de Græfe, seraient fréquemment perçues par les malades, sous forme de scotome central. Quelques auteurs admettent plusieurs variétés de cette affection ; ils reconnaissent une choroïdite congestive et une choroïdite exsudative ; à cette dernière ils accordent une forme diffuse dans laquelle le fond de l'œil apparaît comme voilé, et une forme circonscrite caractérisée par de petites taches blanches exsudatives. La forme circonscrite, plus tardive, est l'analogue de l'iritis gommeuse.

Le plus souvent développée sans iritis, ce qu'il est facile d'expliquer par l'indépendance des deux membranes, la choroïdite occupe un seul œil ou les deux yeux ; mais la tendance à la duplicité paraît d'autant moindre que la syphilis est plus avancée en âge, et cela sans doute en vertu de la loi générale suivant laquelle cette maladie circonscrit davantage ses manifestations au fur et à mesure qu'elle s'éloigne de son début. Dans quelques cas, on peut noter la coexistence d'une iritis et d'une choroïdite, tantôt dans le

même œil, tantôt dans deux yeux différents. Sur 19 cas observés par Galezowski à la clinique de Desmarres, 6 fois il y eut une iritis concomitante.

La marche de la choroïdite syphilitique est ordinairement lente ; cette affection dure quelquefois des mois entiers pendant le cours desquels elle peut présenter des améliorations et des aggravations successives. La guérison est sa terminaison habituelle, pourvu qu'elle soit reconnue et traitée assez tôt. Le corps vitré reprend sa transparence normale, les taches blanches s'effacent, la papille se dégage ; il ne reste d'autre trace de l'altération choroïdienne que de petites taches pigmentaires disséminées, qui peuvent donner à la rétine un aspect semblable à celui de la peau de léopard. D'autres fois, la vue, plus ou moins altérée ne revient qu'en partie, soit qu'il y ait eu lésion concomitante de la rétine ou atrophie consécutive de la papille optique. Dans ce dernier cas, on conçoit toute la gravité de la choroïdite syphilitique ; mais ce résultat appartient aux choroïdites tardives plutôt qu'aux choroïdites précoces. On s'explique facilement d'ailleurs que le voisinage de la choroïde et de la rétine soit une condition fâcheuse bien capable de rendre le pronostic de la choroïdite plus grave que celui de l'iritis.

Diagnostic. — Pas plus qu'un grand nombre d'autres manifestations, la choroïdite syphilitique n'a de caractères spécifiques absolus, ce qui revient à dire que, pour arriver au diagnostic de cette lésion oculaire, il faut s'aider de la connaissance des antécédents des malades et de toutes les localisations morbides actuellement existantes. Les flocons du corps vitré et les altérations rétiniennes consécutives à un désordre cérébral sont les affections le plus souvent confondues avec la choroïdite syphilitique ; or, comme les flocons du corps vitré masquent le fond de l'œil et la papille dans les cas seulement où le champ pupillaire est étroit, il suffit de dilater la pupille pour faire cesser l'incertitude. Relativement aux flocons du corps vitré qui coïncident avec la choroïdite syphilitique, il est évident que le diagnostic de leur cause sera éclairci par les symptômes de cette dernière affection. Les altérations secondaires de la rétine survenant dans le cours des affections cérébrales se manifestent, dans le principe, comme la choroïdite syphilitique, par une exagération de la vascularité et la présence d'une sorte d'œdème ou de néoplasme qui rend les contours de la papille optique très-diffus. Ce néoplasme, toutefois, sous forme de points ou de taches blanches, occupe non plus la choroïde le plus souvent intacte, mais la rétine dont il couvre les vaisseaux. Le corps vitré conserve d'ailleurs sa transparence.

RETINITE.

Bibliographie. — Desmarres, *Œdème syph. de la rétine*, dans *Traité des malad. des yeux*, Paris, 1858, p. 505. — Wade, *De la rétinite syphilitique*, The Midland quart. Journ. of med. Sc., may 1857. — J. Jacobson, *Retinitis syphilitica*. Kœnigsberg Jahresb., Band 1, Heft 3, 1859. — Métaxas, *De l'exploration de la rétine et des altérations de cette membrane visibles à l'ophthalmoscope*, Thèse de Paris, 1861. — Brennig, *Syphilit. Netzhautentzundung*, Ungar Zeitschr., 1861, n° 10. — Fano, *De la rétinite syphilitique* (*Union méd.*, 1861, n° 67). — Hutchinson et Jackson, *Inflammation syphilitique de la rétine, de la choroïde et du cristallin* (*Medic. Times and Gaz.*, sept. 14, octobr. 19, 25, 1861). — H. Taylor, *Brit. med. Journ.*, 1862 et

Gaz. med., p. 424, 1863. — SCHREIBER, *Complete Amaurose in Folge einer acuten Retinitis bei einem syphilitischen Individuum*, etc. Wien Med. Hall, III, 1862, et Schmidt's Jaresb. t. 127, p. 75. — GALEZOWSKI, *Retinite syphilitique* (*Gaz. des hôpit.*, 12 sept. 1866. et *Archiv. de med.*, t. I, 122, 1871). — VON GRAEFE, *Ueber centrale recidivirende Retinitis*, Archiv f. Ophthalm., t. XII, p. 211. — GROSSMANN, dans *Wien. med. Press*, VII, 22. 23 — BULL, *Des lesions syphilitiques de la rétine*, Nordiske med. Arch., vol. III, p. 18, 22. — JACQUEY, *Des affect. syphil. du fond de l'œil*. Thèse de Paris, 1870.

La rétinite syphilitique n'est pas, comme l'iritis et la choroïdite, une affection admise sans contestation par tous les ophthalmologistes. Quelques-uns, considèrent comme des choroïdites la plupart des manifestations profondes de l'œil qui surviennent dans le cours de la période secondaire. Jacobson, au contraire, admet une rétinite syphilitique pouvant coexister ou alterner avec des éruptions syphilitiques secondaires sans avoir été précédée d'iritis ou de choroïdite. Cette lésion rétinienne cède à un traitement antidyscrasique, tandis qu'elle persiste indéfiniment avec un traitement purement antiphlogistique.

Métaxas, Schreiber, Galezowski et quelques autres auteurs ont rapporté, après Jacobson, des cas de rétinite syphilitique secondaire. Quoique rares, ces cas n'en sont pas moins probants, de telle sorte que la rétine peut, comme les centres nerveux, être affectée de syphilis secondaire.

La rétinite syphilitique débute lentement ; la vision s'affaiblit peu à peu ou rapidement, et les malades sont pris en peu de temps d'une cécité plus ou moins grave. Un symptôme qui n'existe pas dans la simple choroïdite, c'est une photophobie plus ou moins intense ; il rend souvent difficile l'examen à l'aide de l'ophthalmoscope. Les malades, en outre, ont devant les yeux des cercles lumineux (photopsie), des taches, des mouches volantes, des objets colorés (chromatopsie), et souvent ils présentent un phénomène des plus curieux, qui est l'invisibilité partielle des couleurs ou daltonisme morbide. L'extérieur de l'œil n'offre rien de particulier, mais les vaisseaux de la rétine sont injectés, et cette membrane présente une coloration anormale et un défaut de transparence manifeste surtout au niveau du nerf optique, où l'on voit comme une sorte d'œdème (Desmarres). Rougeâtre ou rosée, la papille a des contours mal limités et circonscrits par une zone d'un vert sale (cas de Schreiber). La rétine présente des exsudations blanchâtres périvasculaires, et quelquefois des taches hémorrhagiques plus ou moins nombreuses produites par la rupture des veines et des capillaires. Dans un cas rapporté par Liebreich (1), les veines qui se dirigeaient dans l'image renversée en haut étaient très-dilatées et flexueuses, tandis que les vaisseaux de la moitié inférieure étaient très-ténus et partiellement oblitérés ; il existait des taches blanches rayées, situées sur la surface interne de la rétine, exerçant sur tout un faisceau de vaisseaux une compression telle que certaines branches étaient transformées en lignes blanches très-fines. Ajoutons que dans ce cas la choroïde était affectée. La coexistence d'une choroïdite ou d'une iritis avec une rétinite, une névrite ou une périnévrite optique, a une grande valeur diagnostique au point de vue de la syphilis.

1 *Atlas d'ophthalmoscopie*, pl. X, fig. 2.

La rétinite syphilitique a une évolution lente et une durée relativement longue. Sous l'influence d'un traitement approprié, elle peut se terminer d'une façon heureuse; mais elle est quelquefois suivie de l'atrophie de la papille et d'un affaiblissement persistant de la vision.

Le diagnostic de cette affection repose en partie sur la connaissance des antécédents du malade. Toutefois, la rétinite centrale et celle qui occupe la région de la macula reconnaissent ordinairement une cause syphilitique. La rétinite albuminurique pourrait simuler une rétinite syphilitique, mais la grande quantité des points hémorrhagiques qui l'accompagnent et l'intensité des taches blanches qui lui appartiennent, suffisent, en général pour éviter une erreur préjudiciable au malade.

CHAPITRE IV

PÉRIODE DES PRODUCTIONS GOMMEUSES, DITE DES ACCIDENTS TERTIAIRES ET QUATERNAIRES.

Cette dénomination, appropriée aux désignations qui précèdent, a de plus l'avantage de donner une idée de l'altération matérielle qui, maintenant, va fatalement dominer toute la scène pathologique. La grande dissémination des actes morbides m'avait fait songer un instant à appeler cette dernière phase du nom de période des *affections constitutionnelles*. A cette période, la syphilis, dépouillée des principaux attributs des maladies virulentes, est bien, en effet, une maladie constitutionnelle selon le sens qu'y attachait Hunter, c'est-à-dire une maladie dans laquelle toutes les parties du corps peuvent être affectées d'une seule et même manière. Mais la notion anatomique qui se rattache à la première appellation a dû décider du choix.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu les localisations morbides de la syphilis affecter la peau, quelques membranes muqueuses, et beaucoup plus rarement les viscères. Désormais la syphilis étend ses manifestations à toutes les parties de l'organisme, et nous les retrouvons partout où existe une trame de substance conjonctive, c'est-à-dire dans tous les points du corps. Des organes divers, n'ayant de commun que l'élément conjonctif, deviennent isolément ou simultanément le siége de modifications multiples qui se traduisent toujours, à part quelques différences de forme, par des lésions très-analogues, sinon identiques. Aux altérations superficielles et passagères dont il a été question, succèdent des lésions d'une nature spéciale qui n'épargnent pas plus les viscères que les téguments. Ce ne sont plus de simples hypérémies avec ou sans exsudation, des inflammations légères et peu durables, mais bien des altérations profondes, essentiellement lentes dans leur évolution, et marquées au coin des inflammations chroniques. Tantôt étendues et disséminées dans un même organe, elles sont surtout comparables aux phlegmasies scléreuses; tantôt mieux délimitées et circonscrites, ces

altérations se rapprochent des néoplasies, apparaissent sous forme de nodules ou de tubercules, et c'est alors que la dénomination de gommes (1) leur est plus particulièrement réservée.

Ces deux variétés anatomo-pathologiques, différentes seulement dans la forme, ont le même point de départ et la même structure ; elles se traduisent à leur début par l'apparition, au pourtour des plus petits vaisseaux et dans les vacuoles du tissu conjonctif, de petites cellules arrondies embryonnaires et plus ou moins abondantes. Les trabécules, comprimés, sont détruits peu à peu, et les jeunes cellules, que réunit une gangue fibrillaire, forment des amas dont la partie centrale ne tarde pas à se transformer en détritus moléculaire, tandis que la partie périphérique reste constituée par des éléments plus vivaces arrondis ou fusiformes. Ces derniers éléments finissent même par constituer un tissu conjonctif définitif, rétractile comme le tissu cicatriciel. Or, si le néoplasme est étendu et peu abondant, son énergie organique peut lui permettre une transformation en tissu analogue au tissu ambiant, c'est-à-dire en tissu conjonctif. Si, au contraire, ce néoplasme, circonscrit, est déposé en masses plus considérables, il a par lui-même une vitalité moindre et bientôt ses parties centrales subissent un travail de régression qui entraîne la destruction même des éléments de l'organe affecté, dont le dernier terme est l'atrophie avec transformation moléculaire graisseuse. Ainsi la spécificité de la gomme ne repose pas sur une différence notable entre son tissu et celui de tout autre néoplasme phlegmasique ; elle consiste plutôt en ce que, dans un foyer considérable de tissu embryonnaire de nouvelle formation, il se délimite un noyau circonscrit plus ou moins sphérique, différant par ses métamorphoses ultérieures du tissu embryonnaire environnant. Tandis que celui-ci se transforme en un tissu fibreux qui se rétracte en donnant lieu à une cicatrice plus ou moins prononcée, celui-là subit une métamorphose muqueuse et graisseuse qui favorise sa résorption ou en fait une sorte de corps étranger destiné à être éliminé par les procédés ordinaires. Le volume, la consistance et la coloration des tumeurs gommeuses sont dans ces conditions variables. De même, les transformations qu'elles subissent sont plus ou moins rapides, et de là des différences nombreuses, que Virchow fait dépendre uniquement du terrain, de la texture plus ou moins lâche et de la vascularisation du tissu au milieu duquel se développent ces produits nouveaux, mais qui nous paraissent tenir en outre à la constitution de l'individu, à ses habitudes, et au milieu dans lequel il vit.

Les modes anatomiques en question peuvent occuper à la fois le même organe. Leur début est insidieux et jamais leur présence ne détermine ces phénomènes fébriles ou réactionnels que nous avons vus précéder fréquemment l'évolution des accidents secondaires. Leur développement est lent, leur durée toujours plus longue que celle de ces derniers accidents ; mais ce qui les distingue avant tout, c'est leur mode de terminaison. En effet, tandis

(1) Cette dénomination provient évidemment de la comparaison faite par les anciens syphiligraphes de certains produits syphilitiques avec la gomme qui s'écoule des arbres. *Tumores atheromatici, qui gummata vocantur assumpta similitudine ab arboribus quoniam in morbo gallico crescunt tubercula æmulantia gummas arborum* (Gabr. Fallopius, *De morbo gallico liber*, Patavii, 1564, p. 19).

que les lésions de la période secondaire ne laissent aucune trace appréciable de leur passage, les localisations anatomiques qui nous occupent altèrent ou détruisent plus ou moins profondément l'organe au sein duquel elles existent, et produisent le plus souvent des désordres irrémédiables. Ce sont, dans le cas d'hyperplasie diffuse, des sillons et des dépressions plus ou moins profondes et sous forme cicatricielle, désordres qui résultent d'une propriété spéciale à toutes les nouvelles formations de substance conjonctive définitivement organisées, et dont le tissu dit cicatriciel est le prototype; ce sont, dans le cas de productions gommeuses, des rétractions partielles, circonscrites, toutes les fois qu'il y a résorption du produit, des ulcérations et des cicatrices profondes lorsqu'il y a ramollissement et élimination. De là ces modifications nombreuses, caractéristiques, dans la forme extérieure des organes, mais sur lesquelles nous ne pouvons nous appesantir, devant y revenir plus loin à propos de chacun des viscères.

Des troubles fonctionnels variant suivant l'organe malade, ou même suivant la portion d'organe affectée, viennent révéler les altérations dont il s'agit. Les lésions ganglionnaires ne font pas plus faute ici que dans la période précédente; mais au lieu des ganglions superficiels, ce sont les ganglions profonds et surtout les ganglions viscéraux qui cèdent aux atteintes de la syphilis, car c'est avant tout la période viscérale de la maladie. Par cela même le malade n'est plus seulement chloroanémique, il tombe bientôt dans la *cachexie* et le *marasme* : alors se produisent aussi ces altérations connues sous les noms de *dégénérescence graisseuse* et *amyloïde*, et qui n'ont que des rapports éloignés et médiats avec la syphilis.

Rarement les affections qui se montrent dans ce nouveau stade coexistent avec celles de la période d'éruption générale; ordinairement contemporaines, elles constituent à bon droit la dernière phase de la maladie. Toutefois, il semble possible, dans un certain nombre de cas du moins, de trouver une sorte de progression dans leur marche, et l'on peut, conformément aux idées reçues, admettre que cette dernière période s'accomplit en trois temps : — Dans le premier temps apparaissent les lésions profondes du derme (tubercule, rupia) ; — dans le second, les altérations du tissu cellulaire sous-cutané, des toiles fibreuses, des tendons, des muscles et des os ; — enfin, dans le troisième temps, surgissent les affections viscérales. Toutes ces manifestations surviennent en général tardivement, non plus quelques mois après la contamination syphilitique, mais une ou plusieurs années, quelquefois vingt ans et plus après le début des premiers accidents, lorsque malades et médecins ont eu tout le temps de les oublier.

Une question reste à élucider, qui ne manque pas d'intérêt au point de vue de la différence qui existe entre les manifestations de cette période et celles de la période précédente. La syphilis est-elle encore inoculable? Vidal a parlé de l'inoculation d'un ecthyma syphilitique; mais, en lisant l'observation qu'il rapporte à cet effet, on ne tarde pas à se convaincre qu'il s'agit d'une affection appartenant à la période d'éruption générale. Jusqu'à nouvel ordre, il semble donc que la syphilis ne soit pas inoculable dans cette dernière phase. Est-elle héréditaire? Le fait est possible; mais en tout cas l'hérédité n'existe pas au même degré de force que dans la période précédente (voy. *Hérédité*).

Contrairement à la généralité des syphiligraphes, nous rangeons dans ce dernier stade de la syphilis les affections profondes de l'appareil tégumentaire, telles que l'ecthyma profond, le rupia, etc. La coexistence de ces affections avec les lésions osseuses ou viscérales est, en effet, trop fréquente pour qu'il soit possible de séparer leur étude de celle de ces dernières et de les placer, ainsi qu'on le fait ordinairement, dans le cadre des manifestations secondaires. L'époque habituelle de leur apparition aussi bien que leur modalité anatomique indiquent du reste suffisamment qu'elles ont ici leur véritable place.

ARTICLE Ier. — APPAREIL TÉGUMENTAIRE EXTERNE.

§ 1. — Affections cutanées. — Syphilides profondes (1).

Circonscrites et en général disposées en groupes, les syphilides profondes se présentent sous des aspects variés : le plus souvent de forme semi-lunaire, en fer à cheval, en croissant, en T, elles ont une teinte cuivrée ou maigre de jambon. Leur structure a été peu étudiée jusqu'ici ; cependant, on peut dire qu'elles ont une constitution anatomique très-analogue, sinon identique, à celle des lésions plus profondes du tissu cellulaire sous-cutané et des viscères, ou lésions gommeuses. Elles marchent lentement et se terminent, soit par résolution, soit par suppuration ou nécrose aboutissant à l'ulcération ; elles laissent à leur suite, non pas une simple tache, mais une véritable cicatrice, qui n'est pas sans différer quelque peu suivant le mode de terminaison. Cette circonstance, jointe à l'absence de symptômes prodromiques et à l'époque d'apparition tardive de ces accidents, indique nécessairement un degré plus avancé dans l'évolution de la maladie, et ainsi se trouve justifiée la division que nous avons admise.

Dans ces conditions, les syphilides profondes se rangent tout naturellement sous deux chefs, selon que la lésion élémentaire a pour point de départ une vésico-pustule ou un tubercule. Il y a lieu, par conséquent, de distinguer :

1° Des syphilides pustulo-ulcéreuses ;

2° Des syphilides tuberculeuses.

SYPHILIDES PUSTULO-ULCÉREUSES, BULLEUSES, PUSTULEUSES PROFONDES.

Nous rangeons dans ce groupe des affections multiples qui, malgré une lésion initiale d'apparence un peu différente, constituées en somme par le néoplasme syphilitique qui se ramollit ou suppure, finissent toutes par des ulcérations plus ou moins profondes. Les croûtes, d'une nature particulière et souvent épaisses, qui se forment à la surface de ces ulcérations, ont encore valu à ces accidents le nom de syphilides pustulo-crustacées (2).

(1) Consultez la Bibliographie des Syphilides exanthématiques, p. 110. — Nottin, *Des Syphilides tertiaires*. Thèse de Paris, 1870. — B. Squire, *Transact. of the path. Soc. of London*, t. VII, p. 405.

(2) Hardy, *Leçons sur la scrofule et la syphilis*, rédigées par Lefeuvre. Paris, 1864, p. 197.

Les premiers syphiligraphes, qui désignaient ces manifestations sous le nom de *pustulæ cum cortice*, pustules à croûtes, en admettaient plusieurs espèces, telles que les *pustulæ crustosæ*, *corrosivæ*, *pustulæ ostracosæ*, comme des coquilles d'huîtres, etc. Fréquentes dans les derniers siècles, ces éruptions le sont beaucoup moins aujourd'hui, si ce n'est, toutefois, dans quelques contrées marécageuses ou humides et dans certains ports de mer où la partie misérable de la population s'adonne à l'abus des boissons alcooliques.

Éminemment propres aux influences épidémiques, ces déterminations morbides de la syphilis ont été observées dans le plus grand nombre des épidémies qui ont existé, et dans celle du XVe siècle en particulier. La plupart des auteurs de cette époque se sont appliqués, en effet, à peindre ces éruptions comme ulcérant les chairs et rongeant jusqu'aux os... « Exulceratæ deinde exedebant, more eorum ulcerum quæ phagedenica appellantur, atque interdum non solum carnes, sed et *ossa* etiam ipsa inficiebant (1). » Ces désordres sont aujourd'hui beaucoup plus rares et moins sérieux.

Des lésions élémentaires un peu différentes quant à leurs caractères extérieurs s'observent au début de chacune des affections constitutives du groupe en question ; on peut en distinguer trois variétés, qui sont : l'*impétigo*, l'*ecthyma*, et le *rupia*.

Lorsque la syphilide pustulo-ulcéreuse débute par des groupes d'impétigo, on voit paraître d'abord une tache rouge sur laquelle se développent de petites pustules dont la rupture est suivie de croûtes plus ou moins épaisses et verdâtres. Des phénomènes très-semblables s'observent dans les cas d'ecthyma profond et de rupia, où toute la différence consiste dans le nombre, l'étendue et le contenu plus ou moins séreux et sanguinolent des vésico-pustules qui surmontent la tache rouge. Quoi qu'il en soit, les bulles ou les pustules ne tardent pas à se rompre ; leur contenu se concrète et forme une croûte épaisse, humide, jaunâtre ou verdâtre, qui peu à peu se dessèche et prend une teinte brunâtre. Autour de cette croûte se produit un nouveau soulèvement épidermique, puis de nouvelles croûtes qui s'ajoutent aux précédentes. Vient enfin une troisième poussée, qui se comporte à l'égard de la seconde comme celle-ci à l'égard de la première, et ainsi de suite, en sorte qu'au bout d'un certain temps il existe (dans le rupia surtout) une sorte d'imbrication de croûtes inégales, le plus souvent arrondies et en forme de coquillages, et circonscrites par une aréole rouge livide. Sous ces croûtes ainsi imbriquées existe un ulcère, irrégulier, à fond grisâtre formé par des bourgeons de petit volume souvent recouverts d'une fausse membrane. Les bords de cet ulcère, mous et décollés, reçoivent comme un châssis les croûtes plus ou moins épaisses et colorées qui viennent s'y appliquer. La suppuration sanieuse et sanguinolente d'où celles-ci proviennent se fait remarquer par sa plasticité et une grande tendance à se concréter, ce qui indique qu'il ne s'agit pas ici d'une simple sécrétion de pus, mais d'un produit différent et voisin de celui de quelques-unes des formations gommeuses. Ces croûtes, du reste, présentent, suivant le professeur Hardy (2), des différences notables et qui ne sont pas sans avoir

(1) Fracastor, *loc. cit.*
(2) Hardy, *Leçons*, etc., p. 198.

quelque rapport avec la lésion initiale. Ainsi, dans la forme ecthymateuse, la croûte est bombée au centre, et ses bords sont enchâssés dans la peau environnante épaissie, saillante et cuivrée; dans la forme impétigineuse, les croûtes sont moins saillantes, inégales, granuleuses, feuilletées, elles débordent la surface ulcérée; dans le rupia, les croûtes sont noirâtres, saillantes, coniques, stratifiées, comme des écailles d'huîtres; dans tous les cas, elles sont entourées d'une aréole rouge cuivré.

Au lieu de former des groupes circonscrits de forme plus ou moins arrondie ou semi-lunaire, les lésions élémentaires en question, celles surtout qui sont connues sous le nom de rupia, restent quelquefois isolées et disséminées par nombre de trois ou quatre sur chaque membre. A la surface de la peau se montre d'abord un point rouge, bientôt soulevé par de la sérosité ou du pus. La bulle ou pustule ainsi formée reste plate, et acquiert parfois une étendue de 2 et 3 centimètres. Au bout de quelques jours se forme une croûte jaunâtre qui finit par devenir brunâtre ou verdâtre. Inégale, rugueuse, bombée ou conique, cette croûte est arrondie et entourée d'une auréole cuivrée. L'ulcération sous-jacente, profonde, taillée à pic, possède un fond irrégulier, sanieux et grisâtre. Le siége des lésions varie nécessairement; mais toutes les régions du tégument externe peuvent subir leurs atteintes. C'est principalement aux membres inférieurs que l'on observe le rupia et l'ecthyma, tandis que le visage, le cou, le cuir chevelu et la poitrine sont plus particulièrement affectés dans la forme impétigineuse. Lorsque la terminaison approche, les croûtes se dessèchent, se contractent, deviennent vacillantes et tombent laissant à nu une surface rouge, violacée, plus tard d'un jaune cuivré ou couverte de squames, et à laquelle succède une cicatrice déprimée et blanchâtre.

Les syphilides pustuleuses profondes ont une marche essentiellement chronique et une longue durée. Non-seulement elles surviennent tardivement, mais il importe de noter qu'elles coexistent, en général, avec un dépérissement graduel des forces et un état de cachexie plus ou moins profonde, indice habituel de l'existence simultanée de lésions viscérales. Les récidives sont ici moins fréquentes que dans la période précédente.

Le diagnostic de ces manifestations se fonde principalement sur les antécédents des malades, et sur la coloration rouge sombre qui entoure l'éruption : il faut tenir compte, en outre, de l'épaisseur des croûtes de leur forme, de leur coloration et des cicatrices blanches et profondes qui leur succèdent.

L'ecthyma cachectique simple, affection qui s'observe de préférence chez les enfants et les vieillards, se distingue en cela déjà des syphilides pustulo-crustacées; les ulcérations qui lui succèdent sont, du reste, peu profondes et n'occupent guère que les membres inférieurs. La scrofulide pustuleuse donne lieu à des croûtes d'une coloration noire ou blanchâtre, et non verdâtre. Les ulcérations scrofuleuses ont des bords déchiquetés et non taillés à pic, et les cicatrices qui leur font suite, au lieu d'être déprimées et d'un blanc mat, sont saillantes, irrégulières, rouges ou violacées d'abord, et plus tard rosées (Hardy). Dans les cas douteux, l'évolution et les symptômes concomitants de l'affection cutanée pourront encore venir en aide au diagnostic.

Le développement des syphilides pustulo-crustacées est, en général, l'indice

d'une constitution faible et détériorée. Ces manifestations sont toujours d'un pronostic grave ; elles font, en effet, le plus souvent partie des formes malignes de la syphilis constitutionnelle. « Je n'ai observé que six malades atteints de rupia syphilitique, dit Bassereau ; cinq d'entre eux avaient eu pour symptôme primitif des chancres phagédéniques qui pouvaient faire prévoir, dès lors, la forme et la gravité des symptômes consécutifs possibles. Parmi les cinq malades dont je parle, deux étaient atteints d'ulcères profonds, en même temps que de rupia ; un troisième portait une exostose ramollie du tibia. Enfin, un autre avait un testicule de la grosseur d'un œuf de poule et d'une dureté lapidaire. » Il n'y a pas jusqu'aux cicatrices indélébiles et profondes dont sont suivies ces manifestations qui ne doivent entrer en ligne de compte pour attester la gravité du pronostic.

SYPHILIDES TUBERCULEUSES.

Sous le nom de tubercules syphilitiques, nous comprenons uniquement ces petites tumeurs d'un rouge sombre qui occupent l'épaisseur du derme et se ramollissent parfois, et qui, à une certaine période, ne diffèrent des papules que par leur volume plus considérable. Nous rangeons parmi les altérations du tissu cellulaire sous-cutané (gommes sous-cutanées) ces nodules ou noyaux comme furonculeux qui se forment dans les cônes celluleux du derme, adhèrent à la peau, la perforent et laissent échapper une sorte de bourbillon après l'issue duquel reste un ulcère.

La syphilide tuberculeuse existait déjà au XVIe siècle ; mais bien qu'elle fût vraisemblablement plus répandue à cette époque qu'aujourd'hui, il est néanmoins difficile de trouver dans les écrits de ce temps des passages qui s'y rapportent d'une façon un peu nette. Fernel, au rapport de Bassereau, est peut-être le seul auteur qui ait clairement spécifié son existence dans la phrase que voici : « Quin etiam per totum corpus emergunt liventes pustulæ, verrucarum speciem repræsentantes. »

Les principaux auteurs qui nous ont fait connaître ce genre d'éruption sont, au commencement de ce siècle, Alibert, et plus récemment Cazenave. Bien différente de la syphilide papulo-tuberculeuse disséminée, qui appartient aux éruptions précoces (1), cette forme toujours circonscrite comprend deux variétés, qui sont :

1° La syphilide tuberculeuse sèche ;

2° La syphilide tuberculo-ulcéreuse.

1° *Syphilide tuberculeuse sèche.* — Elle est caractérisée par des boutons durs, solides, d'un rouge vif, violacé ou cuivré, plus ou moins saillants à la surface de la peau, et qui se terminent par résolution en donnant lieu à des cicatrices indélébiles.

La face, le front, le nez et les lèvres en sont le siége de prédilection ; elle se rencontre encore aux membres supérieurs et surtout aux régions deltoïdiennes de l'épaule et à la partie externe des avant-bras, aux membres inférieurs et

(1) Voy. *Syphilide papuleuse.*

principalement à la partie interne des jambes. Dans certains cas, elle occupe plusieurs des régions sus-nommées ; mais rarement elle s'observe disséminée sur toute la surface du corps. Chez un malade où elle coexistait avec une hémiplégie et d'autres troubles cérébraux, nous l'avons vue siéger dans les creux poplités, sur les fesses et sur les membres supérieurs. Suivant Bazin, la plante des pieds et la paume des mains n'en sont pas exemptes, et si les auteurs n'ont pas parlé des tubercules de ces régions, c'est qu'ils les ont confondus avec le psoriasis palmaire ou plantaire.

D'abord de la grosseur d'un grain de millet (1), les tubercules syphilitiques parviennent bientôt au volume d'un pois ou d'une noisette. Ils affectent habituellement l'une des dispositions que nous avons signalées pour les syphilides pustulo-ulcéreuses : quelquefois ils prennent une forme complétement circulaire, l'éruption se faisant alors par poussées successives. Sur un point donné apparaissent un ou plusieurs tubercules qui se résolvent et laissent à leur place une coloration brunâtre de la peau ou une cicatrice ; une nouvelle éruption se fait au pourtour de cette cicatrice, puis une troisième qui se comporte de la même façon, et bientôt le cercle agrandi présente à son centre des taches livides ou des cicatrices plus ou moins régulières, circonscrites par des tubercules non ulcérés. Au lieu d'un cercle complet, on ne distingue dans certains cas qu'un demi-cercle ou une portion de cercle plus ou moins étendue. Le siége de l'affection modifie quelquefois l'éruption de façon à tromper l'observateur ; ainsi, l'une des formes de l'onyxis syphilitique nous semble devoir se rapporter à la syphilide tuberculeuse. Lorsque l'affection débute au voisinage ou dans l'épaisseur des parties latérales de l'ongle, elle ulcère consécutivement la matrice unguéale, l'enflamme, et l'ongle s'altère.

Il n'y a plus lieu de discuter sur la constitution des tubercules syphilitiques de la peau ; on sait qu'ils ne sont autre chose que de petites gommes : d'ailleurs, si l'on prend en considération l'époque de leur apparition, leur marche et leur terminaison, n'est-il pas évident qu'ils appartiennent à la syphilis tertiaire, et ne diffèrent des lésions viscérales que par leur siége spécial dans la couche dermique ?

Les tubercules syphilitiques, au début de leur apparition, ont tantôt une couleur rouge assez vive qui pâlit peu à peu, tantôt et le plus souvent ils présentent une coloration rouge sombre ou rouge cuivré, brunâtre, qui les a fait comparer au fruit du cassis, dont ils se rapprochent déjà par leur forme. Parfois tendus, durs et cuisants, ils sont d'autres fois couverts de squames, d'écailles blanchâtres plus ou moins épaisses, ou même de croûtes minces, sans qu'il y ait pour cela nécessairement ulcération de leur surface libre.

La marche de la syphilide tuberculeuse sèche est lente et chronique. Cette affection accomplit son évolution sans douleur ; mais, si elle se couvre de squames, il peut arriver qu'elle occasionne de la démangeaison. Sa durée, toujours longue, est de quatre à six mois. Sa terminaison habituelle est la résolution : elle s'affaisse peu à peu, devient squameuse, et laisse une dépres-

(1) Gibert appelle du nom de *syphilide granuleuse* les petits tubercules qui occupent les ailes du nez.

sion ; d'abord sombre, cuivrée, la surface de cette dépression se décolore peu à peu, blanchit lentement et finit par ressembler plus ou moins complètement au tissu des cicatrices.

2° *Syphilide tuberculo-ulcéreuse.* — Elle diffère de la précédente principalement en ce qu'elle se termine par des ulcérations. Elle comprend deux sous-divisions, la syphilide tuberculo-ulcéreuse serpigineuse et la syphilide tuberculo-ulcéreuse perforante.

Syphilide tuberculo-ulcéreuse serpigineuse. — Cette variété, bien décrite par Rayer, commence par une poussée de tubercules rouges, durs, lisses, indolents, semblables aux tubercules secs ; mais, après un certain temps, le néoplasme qui constitue les tubercules se modifie, ceux-ci se ramollissent et s'ulcèrent, le produit de leur sécrétion se convertit en une croûte épaisse, inégale, d'un vert noirâtre. Sous cette croûte restent des ulcérations livides ou grisâtres, à bords taillés à pic, saillants et durs, à fond sanieux et fétide, et qui ont pour caractère de s'étendre en surface plutôt qu'en profondeur.

Cette extension se fait quelquefois sans aucune tendance à la cicatrisation. D'autres fois, la réparation commence sur un point tandis qu'un autre point est envahi par une nouvelle éruption tuberculeuse, identique quant à la marche à celle des tubercules qui l'ont précédée, et ainsi on voit fréquemment des traînées de croûtes épaisses, brunâtres ou verdâtres, interrompues çà et là par des cicatrices ou par des surfaces baignées de pus.

Lorsque la cicatrisation a lieu, le fond des ulcères s'élève et devient granuleux, en même temps que leurs bords s'affaissent peu à peu. Les cicatrices, d'abord brunâtres, prennent une couleur d'un blanc mat. Elles sont déprimées par places et parcourues de brides modulaires.

La face, les paupières, le pourtour des articulations, le dos et les épaules sont les parties où l'on observe habituellement la syphilide tuberculeuse serpigineuse.

Syphilide tuberculo-ulcéreuse perforante. — Comme la variété précédente, elle est primitivement constituée par des tubercules qui ne tardent pas à s'ulcérer. Mais elle en diffère par la nature de ses ulcérations, qui, au lieu de s'étendre en surface, gagnent en profondeur : caractère qui lui a valu le nom de *syphilide perforante.* Deux ou trois tubercules indolents assez volumineux, enfoncés dans la peau de manière à ne faire qu'une légère saillie, tel en est le début. Bientôt le sommet de ces tubercules devient rouge, se ramollit, et la peau est entamée ; il se forme une croûte noirâtre très-épaisse, rugueuse, qui recouvre une ulcération d'abord superficielle. Puis, la plaie envahit toute l'épaisseur du tubercule, et continuant sa marche progressive, elle détruit tous les tissus qu'elle rencontre, sans être arrêtée ni par les cartilages, ni par les os (Hardy). Des croûtes épaisses, rugueuses, brunâtres ou verdâtres, recouvrent ces larges ulcères, qui ont des bords durés, arrondis, comme s'ils avaient été taillés à l'emporte-pièce, et un fond grisâtre, sale et purulent.

La syphilide tuberculo-ulcéreuse perforante occupe généralement les

mêmes régions que la syphilide serpigineuse, mais de plus elle *attaque fréquemment la voûte palatine, qu'elle perfore.* Sa marche est essentiellement lente et progressive ; néanmoins la guérison est possible : l'ulcération se déterge, prend les caractères d'une plaie simple, et la cicatrisation a lieu. Il reste, à la suite de cette manifestation syphilitique, des cicatrices profondes et déprimées qui sont autant de signes indélébiles de son passage et qui peuvent, dans certaines circonstances, aider beaucoup au diagnostic de la syphilis viscérale.

Les syphilides tuberculeuses récidivent fréquemment ; elles attaquent alors des parties tégumentaires restées intactes.

Diagnostic. — Tandis que les syphilides superficielles peuvent être confondues avec les fièvres éruptives et les éruptions communes de la scrofulose ou du rhumatisme, les lésions profondes qui nous occupent demandent à être distinguées à peu près uniquement des scrofulides malignes, du lupus et d'un petit nombre d'ulcérations cancéreuses.

Une auréole rose pâle au pourtour d'un ulcère fongueux, à bords décollés, caractérise le rupia scrofuleux et le différencie du rupia syphilitique. En outre, les cicatrices qui succèdent à la première de ces manifestations sont saillantes et d'un bleu rosé, tandis que, dans la dernière, elles sont déprimées et d'un blanc mat (Bazin). La syphilide et la scrofulide pustulo-crustacées se distinguent à l'aide des mêmes caractères. Au reste, les croûtes sont sèches, brunâtres ou verdâtres avec les manifestations syphilitiques, tandis qu'elles sont humides et jaunâtres dans la scrofulose.

Le chancre phagédénique ne prêtera pas à la confusion si on se souvient qu'il est unique, qu'il fournit une suppuration claire et abondante, qu'il ne se recouvre jamais de croûtes, et enfin qu'il est inoculable.

La lèpre des Grecs et le lupus sont des affections également distinctes des tubercules syphilitiques non ulcérés, la première par l'insensibilité et une teinte bronzée particulière de la peau, comme aussi par l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané ; la seconde par les caractères mêmes de l'élément éruptif, qui est demi-transparent, d'une couleur fauve ou rouge, et peu volumineux relativement au tubercule syphilitique, lequel est d'ailleurs luisant et d'un rouge cuivré. Si le lupus est ulcéré, les tissus sur lesquels repose l'ulcération sont violacés, mous, œdémateux.

Il est rare que les syphilides tuberculeuses soient prises pour des ulcères cancéreux. L'ulcération qui succède à l'épithélioma est unique, à bords relevés, granuleux, blanchâtres ; elle offre un fond blanchâtre ou rosé, quelquefois sanieux, qui n'est jamais recouvert de croûtes. Les ulcères cancéreux non épithéliaux acquièrent peu à peu une étendue considérable, et ne présentent pas davantage le revêtement croûteux propre aux syphilides. Les détails commémoratifs sont dans tous les cas d'un grand secours pour le diagnostic différentiel de ces diverses affections.

Le pronostic des syphilides profondes tuberculeuses et tuberculo-ulcéreuses, dont l'essence est de produire la destruction des tissus et d'être suivies de cicatrices, est plus grave que celui des syphilides précoces. Ces manifestations tardives décèlent toujours une atteinte de plus grande portée à l'orga-

nisme ; fréquemment accompagnées d'une débilitation générale, quelquefois même de cachexie et de marasme, elles peuvent se compliquer d'accidents inflammatoires ou gangréneux redoutables.

ALOPÉCIE ET ONYXIS TERTIAIRES.

Alopécie. — Extrêmement rare dans la période des accidents tertiaires, la chute des cheveux est toujours la conséquence d'une altération circonscrite du cuir chevelu ; aussi, loin de se faire par petites places et de se généraliser, elle reste localisée et persiste au niveau du point qui est le siége de la modification anatomique. Qu'elle reconnaisse pour condition pathogénique une tumeur gommeuse du cuir chevelu ou une altération des os du crâne, l'alopécie n'en est pas moins circonscrite à une portion de la tête. Il arrive que cet accident se lie au dépérissement général et au marasme syphilitique, à la cachexie en un mot ; mais alors, quoique généralisé, il se distingue encore par sa longue durée ou même par l'impossibilité de la reproduction des cheveux. Je m'abstiendrai de parler de la plique polonaise, maladie endémique en Pologne, vraisemblablement parasitaire, et qui n'a rien à faire avec la syphilis, malgré l'opinion opposée d'un certain nombre de médecins (1).

Onyxis. —Lorsque les altérations propres aux syphilides profondes occupent la matrice unguéale, il en résulte un trouble dans la sécrétion cornée de l'ongle et une altération de ce produit, ainsi qu'il arrive avec les syphilides superficielles. L'action morbide en somme est toujours la même, ses effets seulement sont un peu différents. Je ne reviendrai pas sur chacune des lésions élémentaires qui peuvent survenir en pareil cas, puisqu'elles sont semblables à celles que nous venons d'étudier. Ces lésions débutent par l'un des points de la lunule, puis survient une ulcération qui creuse en profondeur, et l'extrémité du doigt ou de l'orteil, tuméfiée, de couleur violette, devient le siége de douleurs souvent très-vives. L'ongle, ramolli, épaissi, profondément altéré, finit quelquefois par tomber, et du côté de la phalange on peut observer des modifications telles que la carie et la nécrose (2).

Cette variété de l'onyxis a une marche ordinairement plus longue et un pronostic plus sérieux que l'onyxis secondaire. On comprendra que, sous l'influence d'une ostéite ou d'une périostite ayant pour siége la dernière phalange, l'organe sécréteur de l'ongle puisse s'altérer, et de là une autre variété de l'af-

(1) Hercule Saxonia, *De plica polonica*, in-4°, Patav., 1600. — Eust. Rudius, *De morbo gallico*, lib. v, Venise, 1604. — Bodr. Fonseca, *Consult. de plica polonica*. Append. *Ad consultat. medic.* Venetiis, 1618. Francfort, 1625, in-8°. — Minadous (J. Th.), *Tractatus de corporis humani turpitudinibus*, in-fol. Patav., 1600.—*De morbo cirrorum sive Helotide*, etc. Patav., 1590. — Wolframm, *Versuch über die wechstwahrscheinlichen Ursachen und Entstehung des Weichselzopfs*. Breslau, 1804. — F. L. Lafontaine, *Traité de la plique polonaise*. Paris, 1808, avec Bibliographie.

(2) Voyez : Delpech, *Ulcérations du contour des ongles*, dans *Chirurgie clinique de Montpellier*, 1823. — Hamilton, *Syphilitic ulcers of the fingers and toes* (Dublin hospital Gaz., 1er déc. 1858).

fection en question, variété qui aura une marche et des caractères spéciaux sur lesquels nous aurons à revenir.

§ 2. — Affections du tissu conjonctif sous-cutané.

BIBLIOGRAPHIE. — NICOLAS MASSA, *De morbo gallico*, dans *Aphrodisiacus Luisini*, p. 43. — VAN HELMONT, *Tumulus pestis*, p. 230, Francofurti, 1682. — FRACASTOR, *De morbis contagiosis*, t. II, c. XII. — CASTELLI, *Lexicon*, etc. Genevæ, 1746. — BOERHAAVE, *Tractatus medicus de lue aphrodisiaca*, etc. Lugduni Batavorum, 1728 ; trad. française, Paris, 1753. — VAN SWIETEN, *Commentaria in Herm. Boerhaavii aphorismos*, t. V, p. 438. Paris, 1773. — ASTRUC, *Traité des maladies vénériennes*, traduct. de LOUIS, Paris, 1777. — BLANCARD, *Lexicon*, Leipzig, 1777. — JOHN HUNTER, *Treatise on the venereal disease*, London, 1786, etc.: trad. franç. de RICHELOT, 1840. — JOERDENS, *Observationes de morbis venereis larvatis*, dans Hufeland, Journ. d. prakt. Heilkunde und Wundarzn., t. X. — CULLERIER, *Dictionnaire des sciences médicales*, article Gomme. Paris, 1817. — LAGNEAU, *Dictionnaire des sciences médicales*, en 21 vol., art. Gomme, Paris, 1824, et *Traité pratique des maladies syphilitiques*, Paris, 1826. — CAZENAVE, *Traité des syphilides*, Paris, 1843. — LISFRANC, dans *Journal de médecine*, t. IV, p. 65, 1846. — RICORD, *Clinique iconographique de l'hôpital des vénériens*, Paris, 1851. — LEBERT, *Bulletin de la Société anatomique*, 1855. — ROBIN, *ibid.* — VERNEUIL, *ibid.* — SAINT-ARROMAN, *Des tumeurs gommeuses des tissus cellulaires et des muscles*. Thèse de Paris, 1858, n° 53. — THÉVENET, *Étude et considérations pratiques sur les tumeurs gommeuses du tissu cellulaire, des muscles et de leurs annexes*. Thèse de Paris, 1858, n° 165. — VIRCHOW, *Traité de la syphilis constitutionnelle*, traduct. française, par Paul PICARD, Paris, 1859. — VAN OORDT (H.), *Des tumeurs gommeuses*. Thèse de Paris, 1859, n° 44. — GROS et LANCEREAUX, *Des affections nerveuses syphilitiques*, Paris, 1861. — A. FORSTER, dans *Wurzburg. med. Zeitschr.*, t. VII, liv. I, et *Handb. der path. Anat.*, t. II. — E. WAGNER, *Das syphilom*, Archiv der Heilkunde, Leipzig, 1863.

A l'intérêt que comporte leur étude les altérations du tissu conjonctif sous-cutané ajoutent cette particularité, qu'elles sont l'image fidèle des modifications anatomiques qui, sous l'influence de la syphilis, se développent au sein des viscères. C'est que, dans les organes comme dans la couche cellulo-adipeuse, le tissu conjonctif est toujours le siége du processus syphilitique.

Une induration du tissu cellulaire sous-cutané coexiste quelquefois avec les affections syphilitiques de la peau, et il semble qu'il y ait alors extension de l'altération dermique au tissu sous-jacent : mais, d'autres fois, ce tissu s'indure primitivement dans une étendue plus ou moins grande, et sans lésion préalable du tégument. Cette dernière modification constitue l'une des formes (*forme diffuse*) des manifestations syphilitiques de la couche sous-dermique. A côté de cette altération, il en est une bien plus fréquente, mieux circonscrite, caractérisée par la présence de dépôts arrondis, fermes et saillants, connus sous le nom de *gommes* : c'est la *forme gommeuse*.

INFLAMMATION DIFFUSE OU LUPUS SYPHILITIQUE.

L'altération diffuse du tissu cellulaire sous-cutané a été jusqu'ici peu étudiée, car Vidal de Cassis, le seul auteur à notre connaissance qui en parle, ne fait que la mentionner. Ce n'est point cependant une lacune qu'il faille trop regret-

ter. En effet, considérée au double point de vue anatomique et symptomatique, cette lésion diffère peu de la production circonscrite ou gommeuse, et, de même que cette dernière, elle a pour caractères une hyperplasie de la substance conjonctive, une évolution lente et chronique comme toutes les affections syphilitiques qui surviennent à la période la plus avancée de la maladie. Le fait suivant en est un exemple :

Obs. XVI. — P..., âgée de quarante-huit ans, journalière, admise en 1859 à l'Hôtel-Dieu, femme d'une constitution chétive, d'une santé délabrée, nie tout accident syphilitique. Elle dit avoir eu des boutons dans les cheveux à l'âge de vingt-huit ans, et depuis six ans elle ne cesse de souffrir de douleurs siégeant aux épaules et aux genoux. Il y a environ quatre ans, elle vit paraître, sur les régions sterno-claviculaires, de petites tumeurs qui finirent par s'ulcérer, et laissèrent à leur place des cicatrices profondes et blanchâtres. Depuis quelques semaines, il existe à la partie postérieure du côté gauche de la face une induration uniforme sans œdème, sorte de phlegmon chronique. Aujourd'hui, 14 août 1859, cette induration occupe le tissu cellulaire de la région parotidienne et la partie de la joue qui l'avoisine. Elle a une étendue de 5 à 6 centimètres. La peau qui la recouvre, légèrement rougeâtre, présente à sa surface quelques saillies et quelques ulcérations peu profondes, principalement situées au voisinage de l'oreille ; mais on ne découvre aucun trajet fistuleux. L'iodure de potassium est administré par M. Béraud, qui diagnostique une altération d'origine syphilitique. Trois semaines de cette médication suffisent pour faire disparaître presque complétement cette induration.

Peut-être serait-on tenté de voir dans ce fait une syphilide tuberculeuse : mais on ne peut refuser d'admettre que, en dehors des saillies cutanées, le tissu cellulaire se trouvait enflammé et induré dans une grande étendue.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur cette modification anatomique que nous aurons plusieurs fois l'occasion d'observer dans les viscères sous forme d'inflammation diffuse ou interstitielle, et qui, pour ce motif tout au moins, méritait d'attirer un instant notre attention.

TUMEURS GOMMEUSES OU GOMMES SYPHILITIQUES SOUS-CUTANÉES.

SYNONYMIE : Gumma gallicum, gummi, gummositas, nodus, tubercules syphilitiques, tumeurs noueuses, nodules, tumeurs et dépôts syphilitiques.

Étude anatomique. — Les gommes du tissu cellulaire sous-cutané se présentent sous l'aspect de masses irrégulières, d'un volume qui varie entre celui d'un pois, d'une noisette, et celui d'un œuf de poule. Déposées au sein du tissu conjonctif sous-cutané, et parfois dans les couches les plus profondes du derme, ces tumeurs ont une teinte grisâtre ou jaune fauve, suivant la période plus ou moins avancée de leur évolution. Tantôt elles sont molles et analogues à une solution de gomme : tantôt elles sont solides, fermes, blanches ou jaunâtres, et assez semblables à des tumeurs fibreuses. Circonscrites par un tissu fibreux, blanchâtre, solide, résistant, ces masses offrent un aspect variable à la coupe, elles sont sèches ou humides, et, dans ce dernier cas, elles laissent échapper une substance grisâtre semi-fluide et comme gélatineuse, ou un suc blanchâtre longtemps confondu avec le pus. Ces états caractérisent, l'un la transformation muqueuse, l'autre la transformation graisseuse des tumeurs

gommeuses. Quelquefois éparses ou disséminées, ces tumeurs sont d'autres fois groupées dans certaines régions, et symétriquement disposées.

Les recherches microscopiques nombreuses dont ces productions ont été l'objet dans ces derniers temps ont fait mieux connaître leur structure intime. Au seizième siècle (voy. Fracastor), ces tumeurs étaient regardées comme formées par une collection de liquide, et à une époque peu éloignée de nous, cette opinion était encore fort accréditée (Dittrich, Bilhroth). Il est parfaitement avéré aujourd'hui que ces productions, quelle que soit leur consistance, molle, gélatineuse ou solide, sont toujours organisées, c'est-à-dire composées d'éléments parfaitement définis et qui rentrent dans le groupe des éléments de substance conjonctive.

Lebert, Charles Robin, et Verneuil, qui, en France, ont fait avec soin l'étude histologique des tumeurs syphilitiques du tissu conjonctif sous-cutané, s'accordent à reconnaître que ces productions sont formées, à l'état frais, d'abord par des amas de corpuscules ronds (cytoblastions de Ch. Robin) disséminés au milieu d'une masse intermédiaire finement grenue, par des cellules allongées ou fusiformes, des vaisseaux en petit nombre, et plus tard, par des granulations, des détritus des éléments précédents, et du tissu conjonctif. Virchow assimile le tissu des gommes à un tissu connectif de granulation, expression synonyme de bourgeon charnu ou tissu inflammatoire. Dans un travail en collaboration avec le docteur L. Gros, nous avons considéré ces produits comme étant formés par un tissu pathologique dépendant du tissu conjonctif. Plus récemment, Cornil et Ranvier (1) admettent que les gommes sont constituées par un tissu conjonctif embryonnaire, et que leur développement se fait en deux temps. La première phase consiste dans la prolifération du tissu conjonctif, la seconde dans la multiplication des cellules préformées, qui s'atrophient ensuite de façon à former des îlots centraux ou nodules plus ou moins réguliers.

Au fond, les auteurs s'accordent à considérer la composition histologique des gommes en général, et de celles du tissu cellulo-adipeux en particulier, comme formée par des cellules de petite dimension (10 à 15^{mm}.) déposées au sein d'une gangue amorphe ou vaguement fibrillaire, et par des vaisseaux perméables et en petit nombre. Plus tard, cellules et gangue subissent une métamorphose graisseuse et muqueuse. Donc, quelle que soit l'interprétation théorique que l'on donne du mode de formation et de développement de ces tumeurs, le tissu conjonctif n'en est pas moins leur support et leur point de départ. Cette opinion, que nous avons formulée autrefois dans les termes que voici, nous paraît toujours exacte : « Les éléments constitutifs des gommes nous ont toujours paru provenir du tissu conjonctif, ce qui nous porte à croire que la tendance de la syphilis est de faire naître partout les éléments de ce tissu, dans des conditions spéciales, toutefois, en vertu desquelles ces éléments, arrivant difficilement à un complet développement, subissent presque nécessairement la dégénérescence graisseuse et se mortifient (2). » C'est à cette dégénérescence, ou mieux à cette métamorphose des produits

1 Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique*, partie I, p. 192. Paris, 1869.
2 L. Gros et Lancereaux, *Traité des affections syphilitiques*, p. 156, 1861.

gommeux, qu'est dû le ramollissement central de ces tumeurs, travail de régression que l'on a souvent confondu à tort avec le travail inflammatoire et suppuratif qui n'en est que la conséquence.

Étude symptomatique. — Les tumeurs gommeuses sous-cutanées naissent et se développent lentement et sourdement, sans provoquer de douleur et sans éveiller de sentiment pénible ou désagréable, de sorte que le malade qui en est porteur ne s'aperçoit souvent que par hasard de leur présence. Elles commencent par une petite saillie qui s'accroît peu à peu et finit par atteindre le volume d'une noisette ou d'une grosse noix. De forme globuleuse, le plus souvent indolentes à la pression (à moins qu'il n'y ait un filet nerveux dans leur voisinage), ces tumeurs sont dures, élastiques et recouvertes par le tégument sous lequel elles sont mobiles ou fixées à l'aide d'un pédicule. Après un intervalle plus ou moins long, plusieurs semaines en général, les gommes sous-cutanées se ramollissent, adhèrent à la face profonde du derme, perdent leur mobilité, en même temps que, par leur consistance elles donnent lieu à une sensation assez analogue à celle que fournissent certains lipomes. Bientôt la peau prend une teinte rouge, elle devient le siége d'un état phlegmasique remarquable par la lenteur de sa marche. Plus tard, elle revêt une teinte violacée, s'amincit, et finit souvent par se perforer sur plusieurs points. Alors se présente, à travers les orifices cutanés, une masse blanchâtre ou jaunâtre, sorte de bourbillon comparable, tantôt à un fragment de morue ou de veau à peine cuit, tantôt à une solution de gomme, et cela dans les cas principalement où la tumeur se développe au voisinage des os ou des tendons.

Peu à peu la substance mortifiée et ramollie, formant un bourbillon ou une escharе sèche, est éliminée. Reste une cavité, espèce de caverne à base indurée, à parois irrégulières, limitée par une coque fibreuse, qui, au dire de Vidal, doit elle-même subir une destruction ou une élimination pour que la réparation soit complète. Le fond de cette caverne présente en général, comme l'affirme Bazin, plusieurs étages superposés ; il est recouvert d'une couche blanchâtre putrilagineuse. Des bourgeons charnus apparaissent enfin, et la cicatrisation s'effectue peu à peu, laissant après elle une cicatrice déprimée, plus ou moins exactement arrondie, blanche, accentuée et brunâtre à son pourtour, du moins pendant un certain temps.

La lenteur d'évolution des gommes du tissu conjonctif sous-cutané permet de suivre exactement leurs phases successives, qui sont au nombre de trois. Dans la première phase, la tumeur gommeuse acquiert tout son développement. Dans la seconde, elle subit une métamorphose graisseuse ou muqueuse. Dans la troisième elle est résorbée ; sinon, elle est éliminée.

Siége et nombre. — Le siége des gommes sous-cutanées est très-variable, puisque ces tumeurs peuvent occuper les points les plus différents du tissu sous-dermique. La tête, la paroi antérieure de la poitrine et particulièrement les régions claviculaires, la face antérieure des membres supérieurs et inférieurs, les épaules, sont les points où on les rencontre le plus habituellement. On les trouve encore dans d'autres lieux qu'il importe de signaler à cause des erreurs de diagnostic qu'elles peuvent entraîner et des symptômes particuliers

qu'elles déterminent : ce sont les régions du cou, des lèvres, du scrotum et des mamelles. Indiquer ces régions, c'est dire les lésions spéciales avec lesquelles la confusion est possible. Ces tumeurs sont quelquefois uniques, mais il peut en exister plusieurs sur le même individu, quatre, cinq, ou même un plus grand nombre ; j'en ai vu 35, on a pu en compter jusqu'à 150 (Lisfranc).

Diagnostic. — Les nombreuses modifications que présentent les gommes sous-cutanées pendant le cours de leur évolution ne manquent pas de compliquer leur diagnostic. Après les syphilides profondes et tardives, qui peuvent simuler ces productions morbides sans inconvénient toutefois pour les malades, les altérations qui prêtent le plus à l'erreur sont le furoncle, le cancer, l'abcès froid et les tumeurs fibreuses. Chez un jeune enfant que j'ai eu l'occasion de voir, en 1859, dans le service du professeur Trousseau, il existait, à la partie postérieure du mollet droit, deux ulcères profonds, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, à fond grisâtre, à bords nettement coupés, sauf que l'ulcération était un peu plus étendue au niveau de la peau. En même temps on trouvait, aux plis des aines et des cuisses, des ulcérations superficielles et très-analogues aux plaques muqueuses ; l'enfant avait en outre un coryza. La réunion de toutes ces circonstances me fit songer à une syphilis héréditaire ; la guérison fut rapide, et je pus m'assurer qu'il s'agissait simplement d'ulcérations développées sous l'influence de la malpropreté. L'absence de cachexie, la bonne santé du petit malade, comme aussi cette circonstance qu'il n'est pas habituel de voir coexister des gommes avec des plaques muqueuses, tels étaient ici les moyens d'éviter l'erreur. Le furoncle, d'un autre côté, a une évolution plus aiguë et plus rapide que la gomme syphilitique, il est beaucoup plus douloureux.

Le carcinome et l'adénome de la peau ne sauraient que difficilement être confondus avec l'altération qui nous occupe. Quant au cancer du tissu cellulaire, il ne présente pas les phases diverses du développement des tumeurs gommeuses. On peut en dire autant des abcès froids, mous et fluctuants à leur début, et des tumeurs fibreuses, qui, en général, ne subissent aucune espèce de ramollissement. Les hernies et les tumeurs anévrysmales se distinguent par des caractères propres. Les circonstances commémoratives et les manifestations ordinairement concomitantes ont ici une grande importance ; mais, il ne faut pas oublier que les renseignements faux et incomplets des malades peuvent parfois induire le médecin en erreur.

Le pronostic des gommes sous-cutanées est sérieux, en ce sens que leur présence, indice d'une syphilis tertiaire, dénote une atteinte profonde à l'organisme. Rarement, cependant, la gravité de ces affections est directe, puisque les troubles fonctionnels qui en résultent sont en général nuls ou du moins sans importance, comme le démontrent les observations qui suivent :

Syphilide gommeuse serpigineuse occupant la partie supérieure et antérieure de la jambe gauche.

Obs. XVII. — B. L..., lingère, âgée de cinquante-cinq ans, est une femme

douée d'une forte constitution ; elle a le teint coloré et un embonpoint qui éloigne l'idée de tout état cachectique. Mariée à l'âge de vingt et un ans, elle eut, à vingt-cinq ans, un enfant qui, sept ou huit jours après sa naissance, fut atteint d'une conjonctivite purulente et perdit l'œil. Cette affection, au dire du médecin traitant, devait être attribuée à une maladie vénérienne (blennorrhagie) que la mère avait eue dans le cours de sa grossesse. Après son accouchement, la femme B... s'aperçut que son mari était atteint d'une maladie dont elle ignore la nature. Elle remarqua même qu'elle portait alors quelques boutons aux parties génitales.

Après avoir souffert de pertes blanches combattues par les préparations de noix de galle, elle est prise d'une diarrhée rebelle. Un peu plus tard, elle éprouve des douleurs vives avec exacerbations nocturnes dans les jambes, en même temps survient une éruption cutanée. Pendant trois semaines, pilules mercurielles, et tout disparaît. Quelques mois se passent, et arrive une iritis de l'œil droit. Le champ de la pupille, resserré, est envahi par une fausse membrane. La vue, presque éteinte dans l'œil droit, reste considérablement affaiblie à gauche. A l'âge de trente-deux ans, cette malade ressent pour la première fois des vertiges, des douleurs vives dans la tête, des douleurs dans les jambes et dans les oreilles. L'iodure de potassium calme ces douleurs, mais elles reprennent aussitôt que le médicament est abandonné. Quelque temps après apparaît au-dessus du genou une petite tumeur (gomme) qui bientôt se ramollit et laisse une ulcération profonde. L'iodure de potassium en amène la cicatrisation, mais plus tard d'autres tumeurs se montrent au voisinage, qui toutes suivent la même marche.

Aujourd'hui, 23 novembre 1859, la femme B..., entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles ; elle présente à la face antérieure de la jambe et du genou, dans une étendue de 12 centimètres en hauteur et de 8 centimètres en largeur, une surface ulcérée et déjà en partie cicatrisée. La partie centrale est blanchâtre ou violacée ; dans le voisinage, on voit quelques ulcérations en voie de cicatrisation, et quelques autres profondes, à fond sanieux, grisâtre ; au nombre de 3 à 5, ces ulcérations siégent sur une surface circonscrite en haut par un ulcère en fer à cheval suppurant et couvert sur ses bords de bourgeons charnus rosés. A la partie inférieure de la jambe se trouvent plusieurs ulcérations analogues, mais plus petites.

L'iodure de potassium et le mercure administrés simultanément produisent une amélioration rapide, et la malade ne tarde pas à quitter l'hôpital.

Tumeurs gommeuses du tissu conjonctif sous-cutané.

Obs. XVIII. — La nommée B..., âgée de trente-deux ans, est admise le 3 mai 1859 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Laugier. Le père de cette malade est mort d'une hydropisie ; la mère, âgée de soixante-six ans, souffre de douleurs rhumatismales ; le mari a été soldat, mais, si on l'en croit, il n'aurait jamais été affecté de maladies vénériennes. En ce qui la concerne, elle raconte qu'elle s'est toujours bien portée jusqu'au mois de décembre 1852, où elle vit tomber auprès d'elle un homme frappé d'une balle. L'émotion qu'elle en ressentit aurait été si violente qu'elle aurait amené des troubles profonds dans sa santé, tels que phlegmons sur divers points du corps, particulièrement à la face et à l'œil gauche perdu depuis le mois de février 1853 ; un *anthrax* de la nuque (gomme évidente), survenu six mois après cet accident, eut une durée de plusieurs mois.

Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle voit apparaître successivement sur le tibia gauche deux tumeurs, aujourd'hui ulcérées, et d'aspect gangréneux. En même temps, douleurs vives au niveau des points malades, insomnie complète et diarrhée intense. Tous ces accidents se modèrent après peu de temps sous l'influence d'un julep administré chaque jour et contenant 2 grammes d'iodure de potassium : le sommeil perdu revient.

Le 14 mai, on peut constater une amélioration bien marquée. Les bourgeons charnus se développent avec rapidité, et, le 14 juin, la malade sort, n'ayant plus que deux petites ulcérations de la largeur d'une pièce de 50 centimes, superficielles et faisant présumer une prompte cicatrisation.

Huit jours après sa sortie, cette malade se présente de nouveau, avec une tumeur dure et du volume d'une noix, siégeant sur la jambe droite. Cette tumeur est sous-cutanée, et tout autour le tégument est rouge. Au bout de dix-huit jours on voit apparaître à son sommet un petit point noir. La peau ainsi lésée s'ulcère, donne lieu à une ouverture circulaire à bords nets et réguliers, au fond de laquelle on voit une eschare d'un blanc jaunâtre, un peu charnue. Cette eschare, éliminée au bout de quelque temps, fait place à des bourgeons charnus qui ne tardent pas, sous l'influence du traitement, à se développer sur toute l'étendue de la plaie.

Le fond de l'ulcération se relève peu à peu et arrive au niveau du tégument. L'épithélium se reproduit à la circonférence, et la cicatrisation est presque complète à la sortie de la malade, le 4 août. Les anciennes ulcérations ne présentent plus que quelques bourgeons non cicatrisés. La malade a suivi pendant trois semaines environ un traitement par l'iodure de potassium (1 et 2 grammes).

Tumeur gommeuse de la jambe gauche (forme bourbillonneuse).

Obs. XIX. — La nommée M..., âgée de cinquante-sept ans, domestique, entrée à l'Hôtel-Dieu, le 30 juillet 1859, est une femme qui a les apparences de la force et de la santé ; elle nie toute espèce d'accident primitif et même secondaire ; toutefois, elle avoue qu'elle a toujours eu une conduite fort légère. Depuis plus d'un mois elle s'est aperçue de la présence, à la partie antérieure de la jambe gauche, de deux tumeurs du volume d'une grosse noix. Ces tumeurs, primitivement sous-cutanées, ont fini par altérer et ulcérer la peau ; au fond de l'ulcération, existe aujourd'hui une substance sèche, flétrie, complétement blanche, assez semblable à du tissu cellulaire mortifié ou à un fragment de morue. A l'examen microscopique, cette substance est composée de granulations grisâtres et jaunâtres, de noyaux sphériques assez petits, libres ou enfermés dans des cellules fortement granuleuses, de corps fusiformes plus ou moins réguliers et granuleux, de débris de cellules et de noyaux ; on y voit de plus une gangue légèrement striée, couverte de granulations et de gouttelettes graisseuses, ayant assez l'apparence de la fibrine exsudée à la surface des valvules du cœur, ou même de celle qui constitue les caillots déjà anciens.

Tumeurs gommeuses multiples de la jambe gauche ; destruction partielle du voile du palais ; syphilide crustacée du cuir chevelu. Alopécie complète.

Obs. XX. — La nommée P... Rose, âgée de trente-neuf ans, journalière, entre à l'Hôtel-Dieu, le 1er juillet 1859. Cette femme, maigre et de petite taille, présente les apparences d'un état cachectique avancé. Sa voix très-peu intelligible, à cause de la destruction du voile du palais, sa faible intelligence et la remarquable tendance qu'elle manifeste à verser des larmes sitôt qu'on vient à l'interroger, font qu'il est difficile de se procurer les renseignements relatifs à ses antécédents morbides.

Quoi qu'il en soit, ses cheveux, nous dit-elle, tombèrent il y a environ deux ans : à partir de cette époque, elle a des croûtes et des ulcérations à la tête (syphilides crustacées). Depuis son entrée à l'hôpital, ces croûtes sont tombées, et aujourd'hui, 25 juillet, sa tête est lisse et complétement nue. En outre, il existe sur le genou gauche, à la face interne et antérieure, plusieurs plaies légèrement excavées, recouvertes de bourgeons charnus et non encore complétement cicatrisées. Ces plaies, qui ont succédé à des tumeurs fermes spontanément développées, sont manifestement dues à des gommes ramollies. Sur la face interne et inférieure de la même

jambe on remarque une autre plaie, de 8 centimètres de diamètre environ, couverte de bourgeons fongueux, déjà en partie cicatrisée sur les bords, puis au-dessus un gonflement œdémateux, qui s'abcède quelques jours plus tard.

Sous l'influence de l'iodure de potassium, tous ces accidents se dissipent avec rapidité, et le 1er septembre, jour de sa sortie, la malade est en bonne voie de guérison ; la santé générale, considérablement délabrée, se trouve meilleure. La syphilide crustacée du cuir chevelu a complétement disparu.

Deux particularités nous frappent dans les observations qui précèdent. C'est, d'une part, le long espace de temps écoulé entre l'accident primitif et la formation gommeuse ; d'autre part, l'absence presque constante des manifestations secondaires chez nos malades : cette dernière remarque, sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir, n'est pas seulement particulière à nos faits, elle se retrouve encore dans d'autres observations. A cet égard, on pourra consulter avec intérêt le chapitre que Bazin a consacré à la syphilide gommeuse de la peau (1).

MASTITES SYPHILITIQUES.

Assez rares, ou plutôt fort peu connues, les altérations syphilitiques des glandes mammaires ont plus d'une fois donné lieu à des méprises préjudiciables aux malades. Cependant elles n'avaient pas échappé à la sagacité de quelques médecins des derniers siècles, que l'observation clinique avait conduits à admettre un *cancer vérolique* des mamelles.

L'un des premiers, le célèbre Sauvages (2) signale l'existence de ces manifestations, et rapporte à cet égard les deux observations que voici :

1° Je vis, dit-il, il y a quelques années, à Alais, une femme qui avait été attaquée du virus vénérien, et qui portait depuis longtemps à la mamelle un carcinome de la grosseur de la tête d'un enfant. Cette tumeur était ulcérée quand je prescrivis à la malade des frictions mercurielles. En très-peu de temps, le volume de la tumeur diminua considérablement. Toutefois, le carcinome n'étant pas entièrement guéri, il fallut en venir à l'extirpation.

Ce premier fait est loin d'être concluant et l'on peut conserver des doutes sur l'origine de l'altération mammaire. Au contraire, l'observation suivante paraît démonstrative :

2° Une fille de trente ans, qui usait depuis plusieurs mois de l'extrait de jusquiame, présentait à chaque mamelle une tumeur du volume d'un œuf de poule. Dense, bosselée, cette tumeur causait des douleurs lancinantes qui s'irradiaient par moments jusqu'à la région axillaire, le long d'une série de glandes également dures et bosselées. La malade accusait des ulcérations à la bouche et au vagin, ulcérations provenant d'une vérole acquise depuis dix ans. Les pilules de Keyser, continuées pendant un mois, amenèrent la disparition de la tumeur douloureuse et des autres manifestations syphilitiques, lesquelles ne reparurent pas.

L'abondance des détails, la clarté de la description, attestent ici l'exactitude

(1) Bazin, *Leçons sur les syphilides*, Paris, 1859, p. 197 et suiv.
(2) *Nosologie méthodique*, t. IV, p. 344.

du diagnostic, que des circonstances particulières, telles que l'âge de la malade et la symétrie de l'altération, contribuent encore à mettre hors de doute. Yvaren, qui rapporte ces deux observations, donne un troisième fait que lui a communiqué un de ses collègues, mais dans lequel il s'agit d'une affection de la peau ou du tissu cellulo-adipeux, plutôt que d'une lésion de la glande mammaire elle-même (1).

Astruc, dans un passage de son livre, fait sans doute mention de l'altération dont il s'agit, lorsqu'il dit : « Les femmes ont des maladies qui leur sont propres ; comme le cancer au sein ; la suppression des règles, etc. (2). » Hunter, Swediaur, Bell, ne disent pas un mot des lésions syphilitiques des mamelles. Astley Cooper n'en parle pas davantage, de sorte qu'il faut arriver jusqu'à notre époque pour trouver de nouvelles données sur ce sujet.

Les altérations syphilitiques des glandes mammaires ne s'écartent pas de celles des autres organes ; on peut, malgré leur rareté, leur reconnaître deux modes distincts : diffuses, elles constituent la *mastite syphilitique* proprement dite ; circonscrites, c'est l'altération gommeuse des mamelles ou *mastite gommeuse*. C'est à une mastite diffuse que semblent se rapporter quelques observations du docteur Ambrosoli (3). Un forgeron, au déclin de la période secondaire, vit naître, au niveau du mamelon, un gonflement qui arriva à former une tumeur de la grosseur d'un gros bouton. Deux jeunes filles, l'une de dix-neuf, l'autre de vingt-quatre ans, présentèrent toutes les deux, peu de temps après la disparition d'un exanthème syphilitique, une tuméfaction diffuse, ferme, légèrement douloureuse, sans changement de coloration à la peau. Il existait simultanément quelques ganglions durs et fermes dans l'aisselle. L'iodure de potassium (180 et 200 grammes) parvint à faire disparaître ces accidents sans qu'il en restât la moindre trace. J'ai, pour mon compte, vu un fait assez semblable ; néanmoins des observations plus nombreuses me paraissent nécessaires pour faire cesser toute espèce de doute sur l'existence d'une mastite syphilitique diffuse. Il n'en est pas de même de la mastite gommeuse.

Verneuil (4) a présenté à la Société anatomique les pièces pathologiques d'un homme atteint de gommes multiples, chez lequel il trouva une tumeur du sein ayant 6 centimètres de diamètre en largeur sur 3 centimètres d'épaisseur, et toute prête à perforer la peau. Le tissu de cette tumeur, qu'il considère comme une gomme, rappelait celui de l'encéphaloïde ramolli. On en faisait suinter par la pression un suc abondant, crémeux, lactescent, miscible avec l'eau. J'ai également observé chez l'homme un cas de gomme du sein, dont un traitement spécifique amena la résorption ; ce cas se trouve consigné dans la thèse d'agrégation de P. Horteloup (5).

Maisonneuve (6) prétend que les affections syphilitiques du sein ne sont

(1) *Des métamorphoses de la syphilis*, Paris, 1854, p. 435.

(2) Astruc, *Traité des maladies vénériennes*, trad. franç., t. IV, p. 15 et p. 99.

(3) *Di una malattia*, etc., *Sur une maladie de la glande mammaire qui quelquefois s'associe avec différentes formes de la syphilis* (*Gazetta medica di Lombardia*, n° 36, 1864).

(4) *Bulletin de la Société anatomique*, 30e année, p. 96.

(5) P. Horteloup, *Des tumeurs des mamelles chez l'homme*. Thèse d'agrégation. Paris, 1872, p. 43.

(6) *Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses*, Paris. 1854.

pas rares chez la femme. Il est d'avis qu'il faut considérer comme telles bon nombre de prétendus cancers guéris par les préparations iodées. C'est aussi notre manière de voir, bien que les tumeurs d'une nature différente de celle des productions gommeuses nous paraissent pouvoir céder parfois à l'emploi des préparations d'iode.

Richet écrit au sujet de la syphilis mammaire (1) : « On rencontre dans la mamelle une variété de tumeur qui survient sous l'influence de la diathèse syphilitique; c'est la tumeur syphilitique du sein, analogue à cette tumeur de nom semblable qu'on trouve au testicule. Cette tumeur se présente dans l'origine avec tous les caractères d'une tumeur squirrheuse, et j'avoue, dans un cas observé à l'hôpital Lourcine, avoir été sur le point de pratiquer l'extirpation du sein, lorsque la découverte d'une autre tumeur, sinon semblable, au moins analogue, dans l'épaisseur du mollet, m'arrêta et me fit réfléchir. La disparition simultanée de ces deux tumeurs sous l'influence d'un traitement approprié acheva de m'ouvrir les yeux. »

Dans son *Traité des maladies du sein*, le professeur Velpeau (2) fait mention de quatre cas de lésions syphilitiques observés par Maisonneuve. Il s'agissait, dans l'un de ces cas, d'une simple tumeur gommeuse; dans les trois autres, il y avait à la fois ulcération des téguments et engorgement circonscrit du tissu de la glande mammaire. Dans tous, il existait simultanément d'autres manifestations syphilitiques, telles que gommes à la tête, périostoses, ulcères aux jambes. La guérison a été promptement obtenue par les préparations iodurées. Le même chirurgien donne de plus la relation du fait suivant que lui a communiqué le professeur Richet. Une femme de vingt-deux ans présentait au sein droit une tumeur ferme du volume d'une petite pomme avec élancements douloureux et rétraction du mamelon. Cette tumeur, devenue fluctuante au bout d'un certain temps, fut ouverte, et il s'en échappa un liquide visqueux mélangé de flocons, tout à fait analogue à celui qui s'échappe des gommes syphilitiques. Les parois du foyer restaient indurées et manifestaient peu de tendance à la cicatrisation, lorsque survint au tiers inférieur de la jambe gauche une tumeur dure, empâtée, indolente, large comme une pièce de cinq francs et analogue à celle du sein. Au bout de deux mois de traitement par les pilules de Sédillot et l'iodure de potassium, la malade se trouva entièrement guérie. Un cas que l'on peut rapprocher du précédent a été rapporté par le docteur Icard, de Lyon. Une femme âgée de cinquante ans, atteinte de chancre syphilitique dix ans auparavant, présente de nombreuses cicatrices cutanées, une destruction du voile du palais, des accidents épileptiformes, une gomme sous-cutanée et une périostose de la clavicule. Un des seins est le siège, à sa partie inférieure et externe, d'une tumeur inégale, dure, bosselée, douloureuse à la pression, avec un point ramolli et fluctuant. Trois ganglions indurés et du volume d'une amande existent dans l'aisselle. Sous l'influence d'un traitement antisyphilitique, la tumeur et les ganglions diminuèrent de volume; la malade reprit ses forces. Cependant une ulcération s'établit au niveau du point ramolli; mais bientôt cette ulcération se cica-

(1) Richet. *Traité d'anatomie chirurgicale*, p. 513. 1re édit., 1857.
(2) Velpeau, *Traité des maladies du sein*, 2e édit., p. 534.

trisa, la guérison eut lieu et se continuait encore six mois plus tard (1). Hennig (2) rapporte qu'il a trouvé, à l'autopsie d'une femme, une tumeur gommeuse occupant la partie moyenne de chacune des mammelles.

Telles sont les données que nous possédons relativement aux lésions syphilitiques des glandes mammaires. Ces données sont assez pauvres; pourtant les faits qui précèdent ne nous paraissent laisser aucun doute sur l'existence de ces lésions. Ils nous apprennent au moins que les mamelles peuvent être affectées de tumeurs semblables ou même identiques aux tumeurs gommeuses que nous avons rencontrées dans le tissu cellulaire, et que nous retrouverons plus tard dans d'autres organes.

Diagnostic. — Le diagnostic de la mastite syphilitique, celui de la mastite gommeuse surtout, repose sur l'évolution spéciale à cette affection et sur la connaissance des antécédents pathologiques des malades. Le carcinome et l'adénome du sein sont les principales affections avec lesquelles on pourrait se confondre les lésions syphilitiques des mamelles. Mais la tumeur cancéreuse distingue par un développement plus continu, par les ulcérations qui en sont la suite, et par les lésions ganglionnaires dont elle est fréquemment accompagnée. Les antécédents de la malade, les altérations concomitantes, et ce fait que l'affection syphilitique des mamelles offre souvent une disposition symétrique (observation de Sauvage, etc.), sont autant de circonstances qui viennent puissamment en aide au diagnostic. L'adénome présente de plus grandes difficultés : on le reconnaît à la lenteur de son évolution et à cette dureté toujours égale qui contraste avec le ramollissement progressif de la tumeur gommeuse.

Le pronostic des affections syphilitiques du sein est sans gravité, puisqu'il suffit, pour les guérir, de savoir les reconnaître. Il est à regretter, seulement, que leur étude soit encore si incomplète et si obscure; car la connaissance exacte de ces manifestations morbides permettrait, peut-être plus souvent qu'on ne le pense, de substituer à une opération qui n'est pas exempte de danger un traitement sûr et toujours inoffensif.

ARTICLE II. — APPAREIL DE LA LOCOMOTION.

§ 1. — Ostéites syphilitiques.

BIBLIOGRAPHIE. — J. CATANEUS, BENEDICTUS, FRACASTOR, dans *Luisini Aphrodis.*, 139 A, 180 B, 199 D. — GRUNDPECK, SCHELLIG, WIDMANN, RAUT, dans FUCHS, *Die ältesten Schriftsteller über die Lustseuche Deutschlands*, etc., Göttingen, 1843, 60, 65, 66, 74, 99, 297. — VIDUS VIDIUS, *Opera omnia seu Ars medicinalis*, Venetiis, 1611, t. II, lib. XVII. — JOANNES DE VIGO, *De morbo gallico Tractatus* dans *Luisini Aphrodisiacus*, p. 450. — G. FALLOPE, *De morbo gallico liber absolutissimus*, Patavii, 1564, p. 59, et *Aphrodisiac.*, t. II, p. 781 et 826. — BERNARD TOMITANUS, *De morbo gallico*, dans *Aphrodis.*, p. 1102, § *Articularum dolor.* — ALEXANDER TRAL. PETRONIUS, dans *Aphrod.*, p. 1362. — ARANTIUS, *De tumoribus*, cap. V, 39. — Hier. FABRICII AB AQUAPENDENTE, *Opera chirurgica*, p. 727, *de Gummatibus*, Ludgduni Batav., 1723. — Joan. Ch. HEINE, *Tentamen medico-chirurg. de præcipuis ossium morbis*, § 29. —

(1) J. Icard, *Note sur un cas de tumeur syphilitique simulant un cancer du sein* (*Journ. de méd. de Lyon*, t. VII, p. 21, janvier 1867).

(2) *Zur Morphologie der Weiblichen Brustdrüse*, Arch. f. Gynäkol, II, p. 331, 1871.

J. L. Petit, *Traité des maladies des os*. Paris, 1735. — Duverney, *Maladies des os*, Paris, 1751, t. II, p. 479 (sépare les exostoses des nodus). — Heister, *Dissertat. de oss. tumoribus*, n° 15. — Van Swieten, *Commentaria in Herm. Boerhaavii Aphorismos*, t. V, p. 438. Paris, 1773. — J. B. Morgagni, *Recherches anat. sur les causes et le siège des maladies*. Lettre 58e, p. 423 de la trad. franç. de Destouet. — Astruc, *De morbis venereis*, etc., traduction française, Paris, 1777. — J. Fr. Knolle, *De ossium carie venerea*. Lipsiæ, 1763. — J. Howard, *Pract. observ. on the vener. disease*. London, 1787. — Bettcher, *Abhandl. von den Krankheiten der Knochen, Knorpel und Sehnen*, Kœnigsberg et Leipzig, 1793, t. II, p. 27. — Sandifort, *Museum anatomicum*, Lugd. Batav., 1793, pl. XXII, XXIV, XXIX. — A. Bonn, *Descriptio thesauri ossium morbosorum Hoviani*. Amstelodami, 1783, in-4°. — Swediaur, *Traité des maladies syphilitiques*, en français. Paris, 1801, t. II, p. 179. — Benj. Bell, *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, t. II, p. 178, trad. française. Paris, 1802. — Delpech, *Chirurgie clinique de Montpellier*, Paris et Montpellier, 1823, t. I, p. 373. — Hunter, *Œuvr. compl.*, note de Babington, p. 565. — Dufour, *Bulletin de la Société anatomique*, t. XXVI, p. 139. — Vidal (de Cassis), *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1853. — Waller, *Sur la syphilis des os*, Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde, année 1854, et Gaz. méd. de Paris, 1855, p. 647. — Virchow, *La syphilis constit.*, Paris, 1860, p. 29 et suiv. — Ricord, *Iconograph.*, et dans *Gaz. des Hôpitaux*, 1845, p. 647. — Gosselin, *Remarques sur une nouvelle source d'indication du trépan dans les ostéites syphilitiques du crâne*, Archiv. gén. de médecine, et Revue méd. chirurgic. de Paris, t. XIII, 1853, p. 361. — Owen Daly, *Syphilitic disease of the sternum*. Dubl. Hosp. Gaz., n° 6, 1857. — Breslau, *Syphilitische Schadelatrophie*, Bayer. ärztl. Intelligenz-Blatt, n° 13, 1859, et Archiv f. path. Anat., Bd. XVII, Hft. 3 et 4. — Erichsen, *Nécrose de la clavicule*, The Lancet, janvier 1863. — Sanderson, *Nécrose syphilitique des corps vertébraux, du cou, mort subite*, Amer. med. Times. N. S. VIII, Jan. 1863. — Hasse, *De ostidite gummosa*, Diss. inaug. Halle 1864. — Ranvier, dans *Comptes rend. et mem. de la Société de Biologie*, t. II, 4e sér., 1865, et *Manuel d'Histologie pathol.*, p. 383, Paris, 1873. — H. Œffinger, *Beschreibung zweir Fälle von Knochensyphilis*, Archiv f. pathol. Anat. und Physiol., t. XXXXIII, p. 470, 1868. — E. Soloweitschik, *Beitrag zur Lehre von der syphilitischen Schadelaffection*, *Ibid.* t. XXXXVIII, p. 55 et 192, 1869. — W. Pepper, *Syphilis des os du crâne, trépanation*, American Journ. N. S. CXXII, p. 411, avril 1871. — Hutchinson, *Lesions syphilitiques des os du crâne*, The Lancet, sept. 1872, p. 334.

La connaissance des affections syphilitiques des os remonte au XVIe siècle. Vidus Vidius, Fernel, Gab. Fallope, J. de Vigo sont les auteurs de cette époque qui nous ont laissé sur ce sujet les données les plus importantes. Après avoir parlé des douleurs ostéocopes, G. Fallope mentionne comme il suit les altérations des os : « Verum accidit ut post dolores vel cum doloribus tumores infestent circa articulos, internodia, in media fibula, in medio cubito, et his caput sæpe coronatur, ut regni gallici insignia præ se ferat. Isti tumores, quum contineant materiam crassam, quæ est veluti gummi eliquatum, ideo gummata gallica vocantur a medicis. Hi tumores duorum sunt generum, alter tophaceus est, alter autem minime. Tophacei sunt constantes ex materia penitus lapidosa et videntur veluti tophi ossei, vel materia illa, qua ligantur ossa fracta. Secunda species tumorum est, quando materies est mollis, quæ tripliciter apparet, nam aliquando est veluti laridum, aliquando est minus crassa et est similis polentæ, et est atheroma gallicum. Tertia species est sicut mel et dicitur meliceris gallica. In capite ut plurimum sunt vel substantia laridi vel mellis, vel polentæ. Circa pedes sunt majori ex parte lapidosi et tophacei, ita in tibiis, in intermediis, nunc tophacei, nunc molles existunt.

Loca sunt ligamenta articulorum, corpora ossium, periostia, in quibus tumores dolorosissimi sunt ; aliquando in superficie ossis crescit affectus iste. Materia est ut plurimum pituitosa, tenax et melancolica, quum natura bene concoquere non potest : aliquando miscetur bilis, et ita fit meliceris : aliquando crassa est, et melancolica, et fit tophus, vel steatomata ... » Fernel et Vidus Vidius ne sont pas moins explicites en ce qui concerne les tumeurs gommeuses sous-périostiques, à l'étude desquelles Fabrice d'Aquapendente, un peu plus tard, consacre tout un chapitre de son livre *De Chirurgicis operationibus.* Howard et Sandifort ont laissé des dessins des lésions syphilitiques du crâne. Bertrandi, Astruc, J. L. Petit, Hunter et beaucoup d'autres syphiligraphes décrivent plus ou moins longuement les altérations spécifiques du système osseux. Dans ces derniers temps, Ricord a figuré la tumeur gommeuse des os longs, et Virchow s'est particulièrement appliqué à faire connaître celle des os larges.

Étude anatomique. — Les ostéites syphilitiques tertiaires, différentes des lésions osseuses de la période secondaire, sont fixes, localisées, peu étendues, profondes et persistantes, susceptibles de récidive après un espace de temps plus ou moins long. Les os superficiellement placés, comme le tibia, la clavicule, le cubitus, les os du crâne et du nez, y sont particulièrement prédisposés, en raison sans doute de leurs accès aux chocs extérieurs. Ces altérations présentent deux modes anatomiques caractérisés, l'un par un processus diffus assez semblable à celui de l'inflammation simple (ostéite diffuse), l'autre par un processus nettement limité, circonscrit (ostéite gommeuse). Nous décrirons simultanément les altérations du périoste et de l'os, à cause de l'intime union de ces parties qui concourent à la formation d'un même organe.

L'ostéite diffuse débute tantôt au voisinage du périoste qui y prend part, tantôt dans la profondeur de l'os ; elle est dite périphérique ou superficielle dans le premier cas, tandis qu'elle est profonde ou parenchymateuse dans le second. Dans l'ostéite périphérique, le périoste devient le siège d'une injection et d'une tuméfaction que produit la formation de cellules petites et rondes dans sa partie ostéogénique, et jusque dans les espaces médullaires du voisinage. Dans l'ostéite profonde, l'os injecté présente à la coupe une teinte rouge ou rosée, grisâtre et même jaunâtre sur quelques points. L'examen microscopique révèle qu'à ces différents aspects correspondent des modifications particulières des éléments de la moelle. Au niveau des portions d'un rouge vif, les médullocelles sont plus abondantes, globuleuses, et leurs noyaux deviennent apparents seulement au bout de quelques instants par l'action de l'acide acétique ou de l'eau. Les portions grisâtres et comme glutineuses renferment des cellules beaucoup plus petites que les précédentes, et qui, au lieu d'être libres, sont plongées, en même temps que de nombreux noyaux, au sein d'une substance amorphe ou fibrillaire. Vient-on à suivre ce processus, on constate que le tissu osseux se résorbe progressivement et fait place au produit pathologique, et que cette résorption est précédée sur quelques points d'un agrandissement des ostéoplastes, de sorte qu'au bout d'un certain temps les canalicules osseux et les espaces médullaires sont élargis et comblés par un tissu embryonnaire. Les parties jaunâtres contiennent ce

même tissu en voie d'atrophie et de transformation graisseuse. Ces changements n'ont pas entièrement échappé aux observateurs, qui n'avaient pas entre les mains les moyens d'investigation fournis par l'emploi du microscope. Vidal de Cassis écrit à propos de l'ostéite syphilitique : « L'os est d'abord tacheté, ses canalicules se développent, ils contiennent du sang rouge et un liquide transparent semblable au suc osseux ; ce qui du reste se remarque dans toutes les ostéites condensantes, quelle que soit leur nature. Puis il se produit un suc plus épais ressemblant à celui du col ; ou bien, c'est une matière plastique organisable comme celle de certaines périostoses. » Effectivement, le tissu jeune qui comble les espaces médullaires (suc osseux de Vidal de Cassis), s'il n'est modifié par l'action d'un traitement spécial qui favorise sa transformation graisseuse et amène sa résorption, tend généralement à s'organiser en tissu osseux de façon à produire des scléroses des os, des hyperostoses ou des exostoses. De raréfiante qu'elle était tout d'abord, l'ostéite devient condensante par la formation de couches osseuses à l'intérieur des canaux de Havers, qui sont ainsi rétrécis, sinon oblitérés, ou dans les espaces médullaires à la périphérie de l'os, qui devient le siége de saillies plus ou moins considérables. La sclérose syphilitique des os, notamment celle des os crâniens, avait déjà attiré l'attention de Babington, qui note l'épaississement de ces os, leur densité et leur pesanteur ; plus récemment nous avons été à même de signaler la fréquence de cette altération dans la syphilis tertiaire (1). L'os qui en est affecté est lourd et pesant, son tissu, serré et parfois comme éburné, se rompt en éclatant ; les espaces médullaires, comme les canaux de Havers, sont rétrécis ; de la sorte, la circulation du suc nutritif est gênée ou empêchée, et on s'explique comment, dans quelques cas, les os ainsi altérés peuvent être le siége de nécroses plus ou moins étendues.

Les exostoses syphilitiques sont des productions dures, osseuses, du volume d'un pois, d'une noisette ou d'une noix, généralement divisées en exostoses parenchymateuses et épiphysaires, ou bien en exostoses internes et externes, selon qu'elles font saillie à l'intérieur ou à l'extérieur des cavités osseuses. L'exostose parenchymateuse s'observe après l'ostéite profonde, par suite d'un dépôt osseux, dans l'épaisseur même de l'os. La nouvelle ossification peut revêtir le caractère du tissu aréolaire ou celui du tissu compacte. Constituée par des lames ou des lamelles entre lesquelles existent des aréoles plus ou moins larges, elle a reçu de quelques auteurs l'épithète de celluleuse ou laminée ; formée de tissu compacte, elle est dite éburnée lorsqu'elle produit, avec l'accroissement de volume, l'augmentation de poids et de densité du tissu osseux. L'exostose épiphysaire est le plus souvent le résultat d'une périostite ; elle est ordinairement multiple, accolée à l'os auquel elle finit par adhérer, d'où l'idée de la comparer à une sorte d'épiphyse. Tantôt hémisphérique, elle est d'autres fois conique, allongée ou aplatie, ou bien c'est une crête qui affecte la disposition annulaire de certaines syphilides (Ricord). A part cette disposition, à laquelle on ne peut cependant attribuer qu'une faible valeur diagnostique, il faut reconnaître que les tumeurs osseuses syphilitiques manquent encore de caractères précis et distincts ;

(1) L. Gros et Lancereaux, *Traité des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1861.

les descriptions qu'on en a données semblent, du reste, avoir été en grande partie calquées sur celles des tumeurs de même structure, mais d'origine différente. D'un autre côté, l'ostéite diffuse ne diffère guère de l'ostéite simple que par la lenteur de son évolution. Au contraire, l'ostéite circonscrite ou gommeuse se distingue nettement par son produit pathologique composé de masses jaunes, opaques, entourées d'un tissu jeune et vivace.

L'ostéite circonscrite ou gommeuse se caractérise par un néoplasme exubérant, généralement disposé sous forme de nodosités plus ou moins volumineuses, dont la partie centrale a la plus grande tendance à se nécroser. Elle coexiste fréquemment avec l'ostéite diffuse, et, comme cette dernière, elle siége tantôt à la périphérie, tantôt dans la profondeur du tissu osseux, affectant à peu près indistinctement les os longs et les os larges.

L'ostéite gommeuse superficielle est caractérisée par des saillies ou tumeurs à base fixe, plus ou moins bien circonscrites, quelquefois molles, semi-fluctuantes, composées d'une substance analogue à une solution de gomme, d'autres fois fermes, consistantes, élastiques, d'aspect lardacé, formées aux dépens de la couche interne du périoste et de la partie la plus superficielle de l'os. Ces tumeurs sont constituées non par un exsudat, mais par un tissu mou, gélatineux, rosé, qui rappelle, dans le principe, les phénomènes de l'accroissement physiologique; plus tard, ce tissu prend une consistance plus grande, devient opaque, puis jaunâtre. Il est composé de nombreuses cellules globuleuses, ou fusiformes, disposées le plus souvent par couches concentriques au pourtour des vaisseaux restés libres et qui, dans l'état normal, se rendent du périoste à l'os. Cette substance décolle le périoste, presse sur l'os dont elle infiltre les mailles et les canaux, d'où usure et perte de la substance osseuse. Au bout d'un espace de temps relativement court, ce nouveau tissu cesse de s'étendre, puis il s'arrête dans son développement et dépérit peu à peu; les éléments cellulaires se modifient et s'atrophient par métamorphose graisseuse; la nodosité, tout d'abord grisâtre, devient opaque et prend une teinte jaunâtre. Cette transformation a pour conséquence la résorption plus ou moins complète du nouveau produit; rarement celui-ci est le point de départ de suppuration et d'ulcération des parties voisines. A la limite de ce processus de nouvelle formation, l'os enflammé se comporte comme dans l'ostéite diffuse; il devient dur, sclérosé, hérissé de saillies, ostéophytiques, et ce phénomène contribue à accroître d'autant la dépression qui résulte de la disparition du produit gommeux et de l'usure de l'os à son niveau. Assez commune dans les os du crâne, où elle a été à tort désignée sous le nom de carie par Bertrandi, Babington et Virchow, l'ostéite gommeuse superficielle se développe d'abord sous le périoste épicrânien, ou au-dessus de la dure-mère, quelquefois en même temps dans ces deux points pour de là s'avancer sous la forme d'un cône dans le tissu osseux, dont elle détermine la raréfaction progressive. De cette disposition résulte, par la disparition du nouveau tissu, une dépression stellaire dont le centre revêt la forme d'un enton-

noir, tandis que les bords sclérosés sont pour ainsi dire taillés à pic, anfractueux, ridés et froncés ; quelquefois même une perforation véritable de l'os est la conséquence de la rencontre de deux entonnoirs se correspondant comme deux cônes par leurs sommets.

Situées dans l'épaisseur de l'os, les gommes ont pour point de départ la moelle osseuse, surtout celle de la substance spongieuse (ostéo-myélite gommeuse; elles se comportent un peu différemment, suivant qu'elles envahissent un os long ou un os large. Dans les os longs, elles ont pour siége habituel le canal médullaire, ainsi que le montrent les planches de Ricord (1), et se trouvent constituées par une matière de coloration et de consistance lardacées. Ricord, dans un cas, décrit comme il suit cette altération : « Les deux radius, qui étaient le siége de douleurs ostéocopes très-violentes et d'exostoses, présentaient à leur partie inférieure une hypertrophie très-remarquable ; le radius droit offrait à un pouce et demi de son extrémité inférieure un renflement assez considérable pour faire croire dans le premier moment à une ancienne fracture mal consolidée ; en l'examinant plus attentivement, on ne tardait pas à s'apercevoir qu'il y avait là hypertrophie avec développement des canalicules osseux ; l'os était plus rouge et plus poreux que partout ailleurs ; le corps médullaire était durci, jaunâtre, et rappelait l'aspect et la consistance du lard ranci ; le radius gauche était hypertrophié de la même manière, mais sur une étendue beaucoup plus considérable ; toute la moitié inférieure était envahie. » La plupart des os longs peuvent subir ce genre de lésion ; dans un second cas observé par Ricord, c'est le tibia qui était atteint. Tout porte à croire que les productions gommeuses de la cavité médullaire des os sont plus fréquentes que ne permet de le supposer le petit nombre de faits connus, et, si on les observe rarement, cela tient évidemment à la négligence qu'on apporte en général dans l'examen anatomique du système osseux. Dans les os larges, ces productions ont pour siége de prédilection les os du crâne, où le plus souvent elles se développent dans le diploé, refoulant, écartant les lames de substance compacte, dont elles finissent par amener la nécrose. Il en était ainsi dans un cas de Dittrich (2) où la substance osseuse se trouvait infiltrée par un exsudat blanc grisâtre, d'aspect lardacé.. De même que dans l'ostéite raréfiante, les travées osseuses sont coupées et les espaces médullaires, agrandis, renferment des nodules gommeux dont les vaisseaux sont généralement perméables. Une perforation peut être la conséquence de cette altération.

La résorption du nouveau produit, la suppuration de l'os, la carie et la nécrose, sont les divers modes de terminaison des lésions gommeuses profondes des os. Si, en effet, l'observation et l'analogie portent à supposer que dans certains cas ces lésions sont susceptibles de se résoudre et de disparaître sous l'influence bienfaitrice d'un traitement approprié, il y a lieu de penser que dans d'autres circonstances elles se ramollissent et peuvent devenir le point de départ de l'ostéomyélite suppurée, qui est en général une affection grave. Le passage suivant, que nous empruntons à Astruc, semble tout au moins favora-

(1) *Iconogr.*, pl. VII *bis* et XXXI.
(2) *Prager Vierteljahrschrift*, 1849, fasc. I, p. 20.

ble à cette opinion. « On a observé dans les cadavres, dit cet auteur, que la moelle des os était quelquefois enflammée, suppurée et ulcérée, ce qui avait causé dans la cavité des os des douleurs terribles et comme si on les avait cassés, des abcès, des exostoses et des caries. » Ce mode de terminaison est néanmoins rare ; plusieurs fois, en effet, on a pris pour du pus ce qui n'était qu'un produit gommeux ramolli.

Les nécroses qui succèdent aux lésions gommeuses sont importantes à connaître, en raison des caractères spéciaux qu'elles présentent en général, et surtout dans les os du crâne. La nécrose de ces os marche ordinairement de dedans en dehors : une portion d'os nécrosé, à larges pores, à l'aspect vermoulu pour ainsi dire, mais à surface plane, se sépare de l'os vivant par une ligne de démarcation dentelée, tout en conservant des angles nettement tranchés. Les bords de ce dernier, qui se sclérose de plus en plus, s'élèvent par l'apposition de nouvelles couches osseuses et dépassent la partie mortifiée. Des lésions analogues se forment tantôt à une grande distance, tantôt les unes à côté des autres, et alors les foyers, en se réunissant, occasionnent ces vastes désordres qui détruisent presque toute la voûte crânienne, tandis que l'irritation du périoste manque entièrement, ou est à peine marquée. Des caractères peu différents appartiennent aux nécroses des os longs.

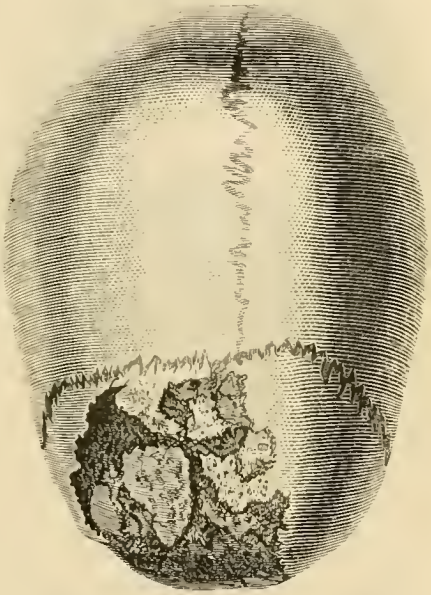


Fig. 1. — Nécrose syphilitique du frontal, séquestres multiples. (*Musée Dupuytren.*)

Avant tout, c'est par le séquestre percé de trous et d'orifices qui se réunissent à l'intérieur, que la nécrose syphilitique se distingue des autres formes de nécrose, dans lesquelles le séquestre, quand il provient de la couche corticale, offre une surface lisse, polie, compacte, égale et ayant l'aspect d'un os normal; ajoutons que le tissu environnant est souvent éburné et lourd, ce qui constitue un contraste bien tranché. Enfin les nécroses syphilitiques des os du crâne présentent une disposition qui rappelle les demi-cercles de certaines syphilides annulaires ou semi-annulaires. Cette disposition circulaire ou serpigineuse, très-manifeste dans les figures 1 et 2, se retrouve encore dans les lésions gommeuses de la peau et des viscères.

Les cicatrices osseuses méritent notre attention. Si l'os a été entièrement détruit dans un point, comme cela s'observe à la cloison des fosses nasales, au palais, etc., en général il ne se forme aucun tissu régénérateur, ou du moins aucune production osseuse. Cela n'est nulle part aussi marqué qu'au crâne, où pourtant les perforations osseuses sont limitées en dedans par

un organe susceptible d'ossification, la dure-mère. A l'inverse de ce qui a lieu pour d'autres affections, les lésions syphilitiques sont en cet endroit difficilement réparables par du tissu osseux. On y voit la partie centrale de la cicatrice formée par une masse peu vasculaire, blanchâtre, compacte, se rétrécir de plus en plus, abaisser la voussure naturelle du crâne et finir par amener une dépression plus ou moins profonde en vertu d'une propriété rétractile que nous retrouvons dans toutes les cicatrices syphilitiques. Au contraire, les parties osseuses périphériques subissent des modifications hyperplastiques : les cavités médullaires se remplissent de plus en plus de substance osseuse, l'os devient dur, épais, lourd, puis tout à fait éburné, et, à sa surface, s'élèvent peu à peu des saillies lisses, petites, unies ou mamelonnées, qui ne présentent ni le volume, ni l'état poreux de celles qui se produisent en si grande abondance dans les nécroses mercurielles ou phosphoriques des os maxillaires. Les perforations de la voûte palatine ont ainsi des bords tranchants, lisses et durs ; un tissu cicatriciel épais, blanchâtre et peu abondant les recouvre. Semblables modifications s'observent encore dans les os du nez. Celui-ci s'affaisse, soutenu par des os épais, souvent éburnés ; au lieu de former un toit, les os propres convergent en sens inverse, forment un sillon profond qui remplace l'arête saillante normale, leur surface est parcourue par de nombreux sillons vasculaires affectant une forme radiée. Cette tendance à la sclérose et à l'hyperostose ne reste pas limitée à l'endroit primitivement affecté, elle s'étend au loin à la périphérie, jusqu'aux os de la base du crâne par exemple. Si la nécrose n'attaque pas la totalité de l'épaisseur d'un os, il reste à sa suite une dépression irrégulière ou en godet, à peine comblée par le tissu régénérateur.

FIG. 2. — Nécrose syphilitique et perforation du frontal. (*Musée Dupuytren.*)

Ce sont là les manifestations immédiates de la diathèse syphilitique sur le système osseux. Il est d'autres lésions osseuses qui, par cela qu'elles ont un rapport plus éloigné avec la syphilis, ne se rattachent pas moins à cette maladie : telles sont les nécroses et les caries consécutives à des ulcères des parties molles, à des productions gommeuses voisines des os et du périoste, etc. Ces lésions, nous devions les signaler, mais nous n'avons pas à les décrire. Une dernière lésion du tissu osseux sur la nature de laquelle on est jusqu'ici peu d'accord, et qui, suivant certains auteurs, aurait, dans quelques cas du moins, une origine syphilitique, c'est le *ramollissement*

des os. A. Paré (1) signale l'existence de cette altération lorsqu'il dit que la vérole liquéfie les os comme si c'*était métal fondu*. Morgagni cite des exemples qui y ont rapport, et Portal (2) en parle également. Cependant Swediaur et plusieurs autres auteurs d'un mérite également incontestable repoussent l'ostéomalacie syphilitique. Nous partageons l'opinion de Swediaur et nous croyons, comme lui, qu'il n'y a aucun fait bien constaté d'un ramollissement syphilitique des os. Les faits rapportés par Venot de Bordeaux (3), et plusieurs fois invoqués en faveur de ce ramollissement, ne sont en effet rien moins que concluants. L'enseignement auquel ils donnent lieu, c'est que certains points du système osseux peuvent s'altérer chez les syphilitiques, et qu'il peut en résulter une fracture à la suite de la plus légère cause occasionnelle, et rien de plus. Mais cette fracture, quel que soit son siége, rotule, clavicule ou fémur, est bien plutôt l'effet d'une altération toute locale, d'une tumeur gommeuse, par exemple, que d'une modification générale du système osseux, telle que l'ostéomalacie. Nous n'admettons donc pas que la syphilis produise d'autre ramollissement osseux que celui qui peut être la conséquence de l'une des altérations précédentes. Aussi, nous ne pouvons partager l'opinion de Lagneau et de Vallin, qui croient à un ramollissement dont la cause immédiate serait une dégénérescence amyloïde du système osseux. Plus loin, nous éclaircirons ce point, en prouvant que cette dégénérescence n'a jamais qu'un rapport indirect avec la syphilis.

Étude symptomatique. — Les symptômes propres aux affections syphilitiques des os varient avec l'étendue et la nature des lésions anatomiques. Ils sont subjectifs et objectifs. La douleur, le plus important des symptômes subjectifs, mérite une grande attention ; et, s'il arrive de constater son existence sans aucune lésion osseuse appréciable, il n'en est pas moins vrai que le plus souvent elle se lie à une modification matérielle des os ou du tissu fibreux. Ce fait est prouvé par bon nombre d'autopsies qui ont permis de découvrir des altérations de la dure-mère, des exostoses de la table interne des os du crâne dans des cas où, pendant la vie, on avait observé pour tout symptôme des douleurs dites ostéocopes.

Les douleurs, observées dans le cours des diverses altérations syphilitiques des os, plus fréquentes dans l'ostéite diffuse, sont vagues à leur début, et parfois tout le squelette semble endolori ; bientôt elles se localisent au niveau du point malade, et surtout dans les os longs des membres et dans les os du crâne ; elles sont profondes, et les malades les font partir de la moelle des os ; elles sont aiguës, déchirantes, térébrantes, facilement atténuées par la pression, mais quelquefois exaspérées par le moindre attouchement quand surtout le périoste est affecté. Ces douleurs, de plus, sont nocturnes, et c'est là un de leurs caractères les plus précieux, auquel il ne faut

(1) A. Paré, *Œuvr. complètes*, édit. Malgaigne, t. II, p. 527.
(2) Portal, *Traité du rachitisme*. Paris, 1797.
(3) Venot, *Accidents tertiaires de la syphilis, friabilité des os*. Bordeaux, 1846, et *Gaz méd. de Paris*. 1847.

cependant pas attacher une valeur diagnostique trop grande. Mobile, légère ou nulle pendant le jour, la sensation douloureuse s'exaspère avec le crépuscule pour disparaître avec l'aurore et faire place au sommeil. Les premières heures de la nuit sont les plus cruelles, à cause, sans doute, de l'échauffement des parties sous l'influence de la chaleur du lit. Ricord observe que les malades qui font du jour la nuit et réciproquement présentent des douleurs dont l'apparition est en rapport avec leurs habitudes. Nélaton ajoute que les malades affectés de douleurs ostéocopes peuvent, en voyage, s'en débarrasser entièrement, pourvu qu'ils restent plusieurs nuits sans se mettre au lit. Nous savons d'ailleurs que les Kabyles, dont l'habitude est de coucher sur une natte placée sur le sol, sont exempts de ces douleurs. Vidal prétend toutefois qu'il est des vénériens qui, voulant veiller, restent à l'air ou se promènent en voiture, et qui cependant n'en souffrent pas moins quand l'heure fatale est sonnée, et cela comme s'ils étaient couchés dans un lit bien chaud. Lorsqu'elles ont leur siège dans les os du crâne, ce qui est le cas le plus fréquent, ces douleurs joignent quelquefois, à l'insomnie qui les accompagne, des troubles de la vue, des vertiges et des étourdissements.

Les symptômes objectifs varient selon qu'il s'agit de l'une ou de l'autre modalité anatomo-pathologique. Un gonflement mal circonscrit, empâté dans sa circonférence, est le propre de l'ostéo-périostite ou ostéite superficielle; douloureux à la pression, ce gonflement, lorsque l'os est superficiellement placé, coexiste avec la rougeur ou même avec une légère augmentation de température d'une plus ou moins grande étendue de la peau. La résolution en est le terme ordinaire, rarement il est suivi de suppuration. Pédiculées ou intimement adhérentes à l'os, les exostoses qui surviennent dans ces conditions se font remarquer par leur dureté, leur consistance osseuse, leur forme arrondie ou aplatie, leur tendance à persister pour ainsi dire indéfiniment si on ne fait intervenir un traitement spécifique.

Les gommes du périoste se présentent sous forme de petites tumeurs arrondies, peu douloureuses, de consistance ferme ou un peu molle, et dont l'évolution ne diffère pas notablement de celle des productions du tissu cellulaire sous-cutané. Comme ces dernières, elles peuvent, en se ramollissant, enflammer et ulcérer les tissus voisins et se faire jour à l'extérieur; de là des excavations, des trajets fistuleux plus ou moins longs à se cicatriser. Lorsqu'elles siégent dans l'épaisseur des os ou dans le canal médullaire, ces mêmes tumeurs n'offrent tout d'abord aucun signe objectif. Une douleur violente est le seul phénomène qui permette de les soupçonner; plus tard, s'il survient une ostéo-myélite ou une nécrose, on constate les symptômes propres à ces complications. Au niveau des os plats et dans les os du crâne en particulier, les tumeurs gommeuses peuvent, en écartant les lames osseuses, produire des saillies et des nécroses qui mettront sur la voie du diagnostic. Celles-ci procèdent, nous le savons, du dedans au dehors; à leur suite restent des cicatrices ou de véritables excavations qui persistent indéfiniment, comme des témoins du passage de la syphilis. Aux os du crâne, où elles ont leur siège habituel, ces cicatrices sont profondes, leurs bords sont épais, indurés, rugueux, inégaux par les ostéophytes qui y sont surajoutés. A la

voûte palatine, c'est dans certains cas une perforation définitive qui succède aux désordres en question.

Aux manifestations symptomatiques de l'altération du tissu osseux s'ajoutent des désordres variés dépendant de la compression ou de l'altération secondaire des organes voisins, et qui sont parfois les seuls signes révélateurs des exostoses internes. Situées au voisinage des muscles, ces tumeurs osseuses peuvent gêner leur contraction et la régularité des mouvements de tout un membre. Leur action sur les vaisseaux est susceptible de produire l'œdème. Comprimés par ces tumeurs, les tubes nerveux s'altèrent et donnent lieu à une atrophie musculaire consécutive (1), à des troubles de la sensibilité et à des douleurs qu'il ne faut pas confondre avec la douleur spéciale qui a pour point de départ la lésion même de l'os. Les effets de la compression sont surtout graves quand l'exostose siége sur les os qui entrent dans la formation d'une cavité renfermant des organes d'une grande importance, comme la cavité crânienne ou rachidienne ; toutefois, il faut savoir qu'on a singulièrement exagéré ces effets, et que, par suite de cette erreur, on a trop souvent rattaché à une altération de l'os des désordres dépendant d'une modification anatomique de la substance nerveuse elle-même. C'est assez rarement, en effet, qu'on voit des troubles de la sensibilité ou du mouvement avoir pour origine une lésion syphilitique des os.

L'amaurose, qui est quelquefois la conséquence d'une exostose du sphénoïde, n'affecte en général qu'un seul œil. La paralysie des muscles oculomoteurs et l'exophthalmie témoignent d'une exostose de la cavité orbitaire. Quoique rares, les exostoses du rachis deviennent à leur tour le point de départ de désordres variés toujours en rapport avec la fonction spéciale de la portion de moelle secondairement affectée. Sanderson a observé un cas de mort subite causée par la nécrose des vertèbres cervicales.

Lente et progressive est la marche générale des affections syphilitiques du système osseux. Longue est leur durée, comme celle de la plupart des manifestations de même nature, d'autant plus longue, on peut dire, que le début de la syphilis est plus ancien. Quant aux phases diverses que subissent ces affections et à leur mode de terminaison, nous en avons suffisamment parlé pour n'avoir pas à y revenir.

Diagnostic. — L'exposé qui précède nous a montré comment il est possible de distinguer entre elles les diverses lésions syphilitiques du système osseux. Il nous reste à les différencier maintenant de toutes celles qui peuvent les simuler.

Deux symptômes, la douleur et la tuméfaction, appartiennent à la plupart des affections syphilitiques des os. A ces symptômes s'ajoute quelquefois le dérangement des fonctions de l'organe le plus voisin de l'os lésé. La réunion de ces symptômes, mais surtout la marche lente et le peu de réaction qui les accompagne, tels sont, avec la connaissance des antécédents morbides du malade, les éléments du diagnostic de l'ostéo-périostite syphilitique. Les exostoses

(1) Rodet, *Gaz. médicale de Lyon*, 1859. — L. Gros et Lancereaux, *Traité des affect. nerveuses syphilitiques*, Paris, 1861.

syphilitiques, contrairement à la plupart de celles qui reconnaissent une autre origine, sont précédées ou accompagnées de douleurs ostéocopes, elles occupent la continuité des os les plus superficiels, elles sont uniformément hémisphériques, rarement multiples ou symétriques. A l'aide de ces caractères, on les distingue des exostoses ostéogéniques, qui se développent dans la période d'accroissement du système osseux et qui sont toujours symétriques (1), des exostoses liées à la diathèse rhumatismale, dont le siége est en général voisin des articulations, et des exostoses traumatiques, qui s'accroissent indéfiniment pour ainsi dire et sans produire de douleurs exacerbantes.

Les lésions syphilitiques qui siégent dans la profondeur du tissu osseux, les gommes de la substance médullaire, en particulier, qui pendant longtemps ne traduisent leur existence que par des douleurs profondes, sont quelquefois difficiles à reconnaître. Toutefois, on peut les diagnostiquer en tenant compte des caractères de la douleur, de ses paroxysmes, et en faisant appel aux antécédents des malades. Ajoutons qu'une nécrose plus ou moins étendue vient quelquefois révéler leur existence. La coexistence habituelle de lésions pulmonaires spéciales avec la tuberculose des os ne permettra guère de confondre cette affection avec l'ostéite syphilitique, et si certaine modification osseuse (altération graisseuse) dépendantes d'une intoxication chronique par l'alcool pouvait conduire à soupçonner une altération syphilitique, il suffirait, pour sortir du doute, de se rappeler que les douleurs des os sont beaucoup moins intenses dans l'alcoolisme que dans la syphilis, et qu'elles ont pour siége de prédilection les membres et non le crâne. La dyscrasie syphilitique diffère d'ailleurs par ses diverses manifestations de la dyscrasie alcoolique. Quant aux prétendues affections osseuses produites par le mercure (2), disons qu'elles n'existent pas plus chez les malades qui ont été soumis à un traitement mercuriel que chez les ouvriers qui travaillent aux mines de mercure.

Les affections syphilitiques des os n'ont pas par elles-mêmes une très-grande gravité. Cependant, lorsqu'elles viennent à troubler les fonctions d'organes importants, tels que le cerveau et la moelle épinière, elles peuvent produire des accidents rapidement mortels. La suppuration qui accompagne l'élimination des séquestres n'est pas toujours sans danger. Un accident grave de ces affections est l'ostéo-myélite suppurée, qui vient dans quelques cas compliquer un dépôt gommeux du canal osseux. Envisagées à un point de vue plus général, ces lésions sont d'un pronostic sérieux, car d'une part elles révèlent une syphilis arrivée à sa troisième période, et d'autre part leur coexistence avec des lésions viscérales de même origine est un fait assez fréquent.

(1) Voyez Soulier, *Des exostoses épiphysaires*. Thèse de Paris, 1864.

(2) Voyez L. Singer, *Wochenblatt der Zeitschr. der Wiener Aerzte*, 1857, n. 12. — Pappenheim, *Handbuch der Sanitäts-Polizei*, Berlin, 1858, vol. II, p. 5.

§ 2. — Chondrite syphilitique.

Quoique peu étudiées jusqu'ici, les lésions syphilitiques des cartilages n'en ont pas moins une existence incontestable, qui ne permet pas de les passer sous silence. Elles n'envahissent pas indistinctement tous les cartilages, mais ceux-là seulement qui sont revêtus d'une toile fibreuse ou périchondre, comme par exemple les cartilages du larynx, qui sont en quelque sorte leur siége de prédilection. Ces cartilages, dit Vidal de Cassis (1), peuvent être affectés de nécrose, et les séquestres être expulsés dans les efforts de l'expectoration. On rendrait un service immense au malade si l'on pouvait les extraire de bonne heure; car, jouant le rôle de corps étrangers, ils entretiennent l'irritation, la suppuration, et sont la cause d'une sorte de phthisie laryngée. Dans un cas qui m'est personnel, la sanie purulente et gangréneuse, entretenue dans le larynx par la présence de fragments cartilagineux profondément altérés, devint le point de départ d'une résorption putride qui amena des métastases gangréneuses et la mort. Ce fait, que voici, montre bien ce que peuvent être les effets secondaires de l'affection syphilitique du larynx.

Obs. XXI. — Une jeune femme de trente-deux ans, affectée d'une syphilis ancienne, avait vu depuis plusieurs mois sa voix s'altérer de plus en plus. Au moment de notre examen, cette femme se trouve dans un état de profonde cachexie : pâleur et décoloration, bouffissure des téguments, chairs flasques et molles, etc. Elle présente tous les signes d'une altération avancée du larynx : aphonie, difficulté de la respiration et de la déglutition, toux, expectoration, léger gonflement au niveau de la partie supérieure du larynx, déformation, et *odeur gangréneuse* de l'haleine. Il se produit de violents frissons qui se renouvellent plusieurs fois, et huit jours plus tard cette malade succombe aux phénomènes d'une infection septique.

Autopsie. — Le larynx est tellement altéré, qu'on s'explique difficilement comment la vie a pu se continuer aussi longtemps. L'épiglotte est conservée, mais il n'y a plus de cordes vocales, plus d'insertions musculaires au squelette laryngien dont on trouve les fragments dénudés et ossifiés au milieu d'un magma verdâtre et de débris musculaires. Coloration verdâtre de la trachée. Œdème du poumon gauche, plusieurs points de pneumonie suppurée avec taches brunâtres ecchymotiques et foyers gangréneux à droite. Cœur sain.

A la surface du péritoine et dans l'un des ovaires on trouve plusieurs taches verdâtres ayant la coloration et un peu l'odeur des plaques gangréneuses. Même altération au niveau des appendices épiploïques du petit bassin. La rate est volumineuse, d'aspect grenu, un peu molle et friable. Le foie, d'un volume normal, présente à sa surface une cicatrice profonde, allongée, qui s'étend de son bord libre à la moitié supérieure de sa face antérieure. Reins sains. Cerveau intact.

La périchondrite, dont l'origine syphilitique ne me paraît pas contestable, est ici le point de départ d'abord des accidents de la nécrose et plus tard de la gangrène du larynx, qui, à son tour, a produit une pneumonie métastatique, etc.; en somme, la syphilis seule doit être incriminée.

Les cartilages costaux paraissent susceptibles d'une altération du même

(1) Vidal de Cassis, *Traité des maladies vénériennes*, Paris, 1855, p. 497. — Comparez Magawly, *Sur la chondrite syphilitique*, Petersburg. med. Zeitschrift. XII, 4, p. 219.

genre. Bouisson raconte qu'il a vu une tumeur gommeuse dans l'épaisseur du muscle grand pectoral chez un homme qui avait en même temps une périchondrite syphilitique des cartilages costaux. Les fibro-cartilages sont très-probablement sujets à cette même lésion ; mais je ne connais aucune observation qui le démontre. Quant aux cartilages d'encroûtement, ils n'offrent généralement de modifications anatomiques qu'autant que les tissus voisins, les os ou les membranes synoviales sont lésés. C'est ainsi que, parmi les observations qui vont suivre, il en est une où ces cartilages présentent une surface irrégulière, ulcérée, en même temps que les tendons sont le siége de dépôts gommeux.

§ 3. — Arthrite syphilitique.

Astruc, parlant des lésions des extrémités osseuses et des hyperostoses, ajoute que l'ankylose peut être la conséquence de ces affections. Fabre (1) reconnaît aussi une ankylose syphilitique. Swediaur (2) dit que le gonflement douloureux des articulations et des os qu'on présume de nature rhumatismale ou goutteuse provient souvent du vice syphilitique. Fort différente est l'opinion de Hunter, qui ne se rappelle pas avoir jamais vu la syphilis constitutionnelle attaquer les articulations. Mais l'un de ses commentateurs, Babington, n'admet pas seulement qu'il puisse exister des arthropathies syphilitiques, il fait remarquer que, parmi ces affections, les unes appartiennent plutôt à la période secondaire, et les autres à la période tertiaire (3). Ph. Boyer (4) prétend que les capsules fibreuses et les ligaments qui unissent et entourent les articulations sont souvent attaqués d'une inflammation syphilitique ; mais la description qu'il donne est surtout relative à l'arthrite blennorrhagique.

Dans ses Leçons de clinique médicale, Chomel (5) fait remarquer que la syphilis peut attaquer quelquefois les extrémités comme le corps des os longs ; il admet une arthropathie syphilitique et cherche même à en établir le diagnostic différentiel. D'après ce professeur, l'arthropathie syphilitique se distingue du rhumatisme chronique par la limitation du travail morbide à un point quelconque de l'articulation, par la conservation des mouvements et leur exécution sans douleur appréciable. Ricord ne voit pas que l'existence des arthropathies syphilitiques puisse être nettement établie ; il ne pense pas qu'elles aient un seul symptôme caractéristique. Le professeur Richet, s'appuyant sur trois observations rapportées dans un mémoire présenté à l'Académie (6), admet deux variétés de tumeurs blanches syphilitiques : 1° la synovite articulaire ; 2° l'ostéite articulaire suivie de synovite, selon que la synoviale ou l'extrémité

(1) Fabre, *Traité des maladies vénériennes*, 3e édit. Paris, 1777.
(2) Swediaur, *Traité complet des maladies vénériennes*, trad. franç. Paris, 1801.
(3) Voyez Hunter, *Œuvres complètes*, trad. fr. de Richelot, p. 565.
(4) Ph. Boyer, *Traité pratique de la syphilis*, Paris, 1836, p. 158.
(5) Chomel, *Leçons de clinique médicale. — Rhumatisme et goutte*, par Requin, Paris, 1837, p. 34.
(6) Richet, *Mém. sur les tumeurs blanches*, et *Mém. de l'Académie de médecine*, t. XVII, p. 37, 1853.

osseuse sont primitivement lésées. Follin (1) a vu un malade chez lequel une médication spécifique réussit tellement bien à combattre une affection articulaire du genou, qu'un traitement chirurgical proposé devint inutile.

Jusqu'ici l'histoire des tumeurs blanches syphilitiques (arthrites tertiaires) manque du contrôle anatomique. L'observation suivante nous permet de combler ce vide en même temps qu'elle vient affirmer les faits rapportés par nos prédécesseurs.

Altération gommeuse de quelques glandes lymphatiques sous-cutanées. Dyspnée, toux : symptômes de phthisie pulmonaire. Œdème des membres inférieurs et ascite. Cachexie et mort. Ulcérations et rétrécissement de la trachée et des grosses bronches. Déformation du foie, gommes multiples dans l'épaisseur de cet organe. Altération de la rate et de la plupart des ganglions viscéraux. Ovarite double. Arthrite syphilitique des deux genoux.

Obs. XXII. — La nommée G..., veuve D..., blanchisseuse, est admise à l'Hôtel-Dieu, le 10 juin 1863, dans le service de M. le docteur Gueneau de Mussy. Cette femme, pâle, maigre, cachectique, présente dans la région sus-claviculaire gauche des ulcérations à bords réguliers, non taillés à pic, à fond blafard. L'extrémité interne de la clavicule gauche est volumineuse; il existe une tuméfaction en avant du sternum. Les ganglions cervicaux sont volumineux : le cuir chevelu est par places irrégulier et privé de cheveux. Il existe dans l'aine droite une ulcération linéaire, assez profonde, livide, de date ancienne. Les ganglions inguinaux sont médiocrement développés.

Bien que délicate, cette femme dit qu'elle n'a jamais fait de maladie sérieuse ; elle n'a jamais craché de sang. Toutefois, sa santé s'est affaiblie, elle a maigri beaucoup ; depuis trois semaines à peu près elle tousse, sa voix est légèrement enrouée, elle a perdu l'appétit et le sommeil, elle a de l'oppression et sa déglutition est pénible. Depuis longtemps elle se plaint de *céphalalgie*. Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'oppression est extrême, la malade ne peut même pas se coucher sur le dos. Pas de signes physiques de tuberculisation. Signes de bronchite intense généralisée, emphysème, augmentation de volume du foie. Cautérisation du larynx avec une solution de nitrate d'argent au 1/7e. Vésicatoires, vomitifs, opium, toniques.

Durant son séjour à l'hôpital, la malade éprouve des alternatives de pis-aller et de mieux être. Mais son état finit par s'aggraver de plus en plus : elle est prise de diarrhée alternant avec de la constipation, de vomissements répétés, elle perd complétement le sommeil et l'orthopnée devient plus considérable ; dans les quinze derniers jours, on observe des signes de péritonite subaiguë. Elle succombe enfin à la suite d'un érysipèle de la face, dans un état complet d'anéantissement (2).

Autopsie. — Œdème prononcé des membres inférieurs et à peine marqué au niveau de la paroi abdominale. A la partie supérieure de la cuisse droite, un peu au-dessous de l'arcade de Fallope, ulcération et perforation de la peau; les

(1) *Traité de pathologie externe*, t. I, p. 714, Paris, 1860.

(2) M. Lemaire, qui a bien voulu me remettre la note qui précède, croyait avoir affaire à une maladie scrofuleuse. Mais il me suffit de palper l'abdomen avant l'ouverture du cadavre pour reconnaître, d'après l'irrégularité du foie et les bosselures dont il était le siége, qu'il s'agissait bien plutôt d'une affection syphilitique ; c'est alors que je demandai à mon collègue de vouloir bien m'accorder de faire l'autopsie. Or, les caractères anatomo-pathologiques du foie, qui se trouve représenté pl. III, vinrent confirmer ma manière de voir, aussi bien que ceux de la trachée et des grosses bronches. Les ulcères du cou étaient évidemment produits par des gommes ramollies; quant aux altérations des articulations, on ne peut, à l'exemple d'un de nos critiques, leur concéder une origine strumeuse, tant elles sont différentes de celles qu'engendre la scrofulose.

bords de cette perforation sont amincis et violacés. Un ganglion lymphatique situé dans la profondeur est atteint de dégénérescence gommeuse. A la partie supérieure et latérale du cou, en arrière de l'angle de la mâchoire, existent plusieurs ulcérations d'apparence ecthymateuse, avec coloration violacée de la peau à leur voisinage. Dans le tissu cellulaire, immédiatement au-dessous de la mâchoire et sur la ligne médiane, se voit un ganglion gros comme une noisette, qui présente absolument la même altération que le ganglion de l'aine. Absence de cicatrices sur la peau. Pas de trace d'exostoses.

La *cavité abdominale* renferme plusieurs litres d'une sérosité claire et jaunâtre. Les intestins paraissent lavés, mais ils ne présentent aucune altération, pas plus que l'estomac, l'œsophage et le pharynx. Le foie adhère au diaphragme à l'aide de quelques tractus membraneux, situés principalement au niveau de son bord droit et de quelques-uns des sillons qui parcourent sa face antérieure. Il a 25 cent. de largeur sur 20 de hauteur; sa forme générale est plutôt triangulaire qu'elliptique; sa face supérieure est parcourue par des sillons dont les uns ont une direction transversale, les autres une direction antéro-postérieure. Quelques-uns ont jusqu'à 2 centimètres de profondeur, entre autres un sillon transversal qui divise le lobe droit en deux parties. Outre les mamelons limités par ces sillons, on aperçoit à la surface du foie, au niveau de chaque lobe, plusieurs saillies dures, fermes, blanchâtres, formées par des tumeurs gommeuses. Dans toute sa moitié postérieure, la face inférieure est composée de petites saillies dont le volume varie entre celui d'un pois et celui d'un œuf de pigeon. Le lobule de Spigel est déformé. L'éminence porte antérieure est doublée de volume, sa surface est lisse, elle ne contient pas de produits gommeux. Les bords de l'organe sont remarquables par leur état mamelonné, tous sont déformés; le bord tranchant, qui est le plus épais, est constitué par cinq mamelons, dont deux sur le lobe gauche et trois sur le lobe droit. Le bord antérieur est relativement le plus mince; on y voit une série de petits mamelons de la grosseur d'une prune ou d'un œuf, constitués par du tissu hépatique; quelques-uns de ces mamelons ne sont reliés au reste de l'organe que par une toile fibreuse composée de la capsule de Glisson et d'un tissu fibreux interposé aux deux feuillets de cette membrane. Des mamelons assez semblables défigurent le bord droit. Sur le bord gauche, la lobulisation existe, mais elle est moins prononcée. (Voyez pl. III, fig. 1.)

Une coupe antéro-postérieure, pratiquée à la partie moyenne du lobe droit, laisse voir une masse gommeuse qui occupe au moins les 3/4 de l'étendue de ce lobe. Cette masse, de couleur paille, ferme, élastique, d'aspect fibreux, ne se laisse pas pénétrer par le doigt; elle semble constituée par 4 ou 5 tumeurs agglomérées et déposées au sein d'une substance fibreuse rétractile. (Voyez pl. III, fig. 2.) La surface de la coupe présente, au voisinage des tractus fibreux, quelques orifices, rudiments des veines sus-hépatiques. Toute la masse gommeuse est circonscrite par une capsule épaisse, fibreuse, rosée ou blanchâtre, au sein de laquelle on trouve quelques dépôts blancs, gommeux, du volume d'une lentille ou d'un pois. Une autre coupe antéro-postérieure, pratiquée au niveau de la partie moyenne du lobe gauche de l'organe, met à découvert une masse gommeuse ne différant de la précédente qu'en ce qu'elle est traversée par plusieurs conduits hépatiques dilatés, plus ou moins altérés et contenant des amas de matière colorante biliaire. Cette masse, constituée par une substance en tout semblable à celle de la première tumeur, semble formée, comme elle, par l'agglomération de plusieurs nodules; elle est également circonscrite par une zone fibreuse épaisse et résistante qui la sépare du tissu hépatique et dont elle peut s'énucléer. La surface de section de ces différentes tumeurs n'est pas toujours lisse et uniforme, on y voit quelquefois de petites dépressions comme s'il existait des espaces vides dans leur épaisseur. A côté de ces grosses tumeurs gommeuses, on rencontre principalement sur le lobe gauche plusieurs autres tumeurs moins volumineuses (grosses comme un pois ou un œuf de pigeon) et également enveloppées d'une zone fibreuse au-dessus de laquelle elles font saillie. Quelques-unes, inégales à la coupe, sont traversées par un cana-

licule hépatique ; toutes sont constituées par une trame fibreuse au sein de laquelle sont dispersés de nombreux noyaux, la plupart ronds ou elliptiques, sans disposition spéciale, ainsi qu'on peut le voir sur l'un de nos dessins (pl. III, fig. 3), habilement exécuté par notre collègue le docteur Cornil, auquel nous devons la note suivante. Les petits îlots circulaires très-riches en noyaux, qui sont représentés en V et V' et qui paraissent se rapporter à la description du syphilome de Wagner, m'ont paru n'être autre chose que la coupe perpendiculaire à la direction de parties cylindriques et allongées. Sur d'autres coupes du même foie, pratiquées dans diverses directions, j'ai vu en effet des tractus allongés, de même diamètre que les îlots précédents, également très-riches en noyaux, et présentant parfois une division dichotomique, comme si c'étaient des vaisseaux. Aussi me suis-je arrêté à cette hypothèse que c'étaient les vaisseaux préexistants du foie qui auraient subi, comme tout le tissu cellulaire de l'organe, une hypergénèse considérable de noyaux, et dont la lumière aurait été par suite oblitérée. Cette opinion est d'autant plus admissible que l'on voit figurée en V' la coupe d'une de ces productions dont le centre est vide. En dehors de ces productions gommeuses, la substance du foie, d'une teinte jaune café au lait, se trouve parsemée de marbrures rougeâtres ; elle est un peu molle sans être friable ; elle offre l'aspect du foie qui a subi la dégénérescence graisseuse. La vésicule biliaire renferme un calcul, la bile est liquide et verdâtre.

La *rate* est augmentée de volume (20 cent. de hauteur); la capsule fibreuse, épaissie et blanchâtre, adhère en quelques points au diaphragme. A la coupe, on voit cette capsule épaissie se prolonger dans le parenchyme. Celui-ci est pour ainsi dire carnifié, assez ferme mais friable, d'une couleur brunâtre parsemée de quelques taches noirâtres. Le *pancréas* est ferme, ratatiné, cirrhosé. Quelques ganglions lymphatiques sous-cutanés sont altérés. Ils occupent les régions sous-maxillaires, et inguinale droite. Deux de ces ganglions, ayant le volume d'un petit œuf de pigeon, présentent une coloration jaune, une consistance caséeuse, en un mot la plus grande analogie avec les gommes ; ils sont constitués surtout par l'hypergénèse des éléments de tissu connectif. Les ganglions profonds ou viscéraux sont généralement malades. Dans la poitrine, on trouve, en avant du péricarde, entourés d'un coussinet graisseux, deux ganglions larges, volumineux, un peu mous, grisâtres, offrant une apparence médullaire. D'autres ganglions altérés se rencontrent dans plusieurs points de la poitrine, entre autres au niveau de la racine des poumons. En avant de la colonne vertébrale, et surtout dans la région lombaire, la plupart de ces organes sont triplés ou quadruplés de volume, grisâtres, mous, ayant à peu près le même aspect que ceux de la poitrine. Les ganglions qui accompagnent les vaisseaux iliaques présentent la même altération. Les ganglions mésentériques sont un peu plus fermes ; ils sont également volumineux, brunâtres ou blanchâtres. Les glandes de la partie postérieure de la langue sont saillantes, jaunâtres et volumineuses. Les *uretères* et la *vessie* sont sains. Les *reins* ont leur volume normal ; on les sépare facilement de leur capsule fibreuse, excepté en quelques points où la substance corticale se laisse déchirer. Ils ne présentent pas d'altération sensible à l'œil nu ; l'examen microscopique montre quelques tubuli seulement en état de desquamation. L'*utérus*, normal quant à sa structure, est de petit volume. Les *trompes*, distendues par un liquide couleur chocolat, adhèrent aux ovaires. Ceux-ci sont augmentés de volume, durs, fermes, résistants sous le doigt, à peu près entièrement composés de tissu fibreux. On n'y trouve pas de vésicules de Gräfe, mais seulement quelques kystes très-petits et des taches brunâtres. Leur surface extérieure, légèrement inégale, est occupée en quelques points par une substance grenue et jaunâtre.

L'*épiglotte* est altérée et plus épaisse. Le larynx est sain ainsi que la surface interne de la trachée jusqu'à 3 cent. 1/2 au-dessus de sa bifurcation. A ce niveau, la trachée est rétrécie et présente des ulcérations profondes qui ont détruit la muqueuse et entamé les cartilages. Ces ulcérations, au nombre de trois, occupent la partie inférieure de la trachée et la bronche droite ; l'une d'elles,

située à la partie inférieure de la trachée, offre 1 centimètre environ d'étendue; une autre, au niveau de la bronche droite, a près de 3 centimètres; le fond en est constitué par du tissu fibreux sous forme de tractus formant des espaces comblés par des ganglions lymphatiques fermes et noirâtres. Un peu plus loin se trouve un ganglion qui est le siége d'un dépôt gommeux. Les bords de ces ulcérations sont mous, irréguliers, festonnés, fibreux; les anneaux cartilagineux sont nettement coupés. La bronche gauche est plus rétrécie que la droite; elle n'a pas 2 centimètres de diamètre, et c'est à peine si elle peut loger un porte-plume de petit volume; sa muqueuse est comme cicatrisée; les cartilages sont altérés mais non détruits. Toutes les ramifications bronchiques sont intactes. Les sommets des poumons sont sains; le parenchyme de la base du poumon droit est moins aéré, plus ferme, induré en même temps qu'un peu œdématié. L'examen microscopique permet d'y voir de nombreuses cellules épithéliales généralement altérées au sein des alvéoles, et un tissu fibroïde de nouvelle formation (hyperplasie conjonctive).

Une petite quantité de sang liquide existe dans le cœur et les gros vaisseaux: la proportion des globules blancs paraît normale. Le cœur est petit, atrophié; il n'a que 10 centimètres de sa base à son sommet; son tissu est mou et friable. L'aorte est intacte, à part quelques dépôts jaunâtres de petite étendue. Les carotides primitives sont saines, mais la carotide externe gauche présente, au niveau de l'origine de l'artère linguale, un dépôt membraneux qui l'obstrue en grande partie. Ce dépôt siége sous la tunique interne; il est d'un gris rosé, formé de tissu conjonctif et d'une substance grenue. Les muscles des membres supérieurs sont minces et atrophiés.

Les deux *articulations fémoro-tibiales* sont volumineuses; elles renferment chacune plus d'un verre d'une sérosité louche. Les synoviales, épaissies et en même temps injectées, sont tapissées de plusieurs dépôts pseudo-membraneux. A gauche, une fausse membrane jaunâtre unit les deux feuillets synoviaux; à droite, la bourse synoviale du droit antérieur, sans communication avec la cavité articulaire, n'est pas altérée. La surface articulaire du condyle externe gauche est dans un point érodée. Les cartilages articulaires des rotules sont érodés et ulcérés; mais ces altérations ne sont que secondaires, et la lésion principale porte sur les tissus fibreux de l'articulation. Du côté droit, une partie du tendon rotulien, le peloton graisseux situé en arrière de la bourse synoviale, et tous les tissus fibreux qui s'insèrent au pourtour du tibia, sont transformés en une masse uniforme, jaune grisâtre, élastique, qui a 4 centimètres d'épaisseur sur la ligne médiane. Cette masse, par son aspect, sa consistance et sa structure, se rapproche des produits morbides trouvés dans le foie; elle est formée par un dépôt gommeux. Une simple bandelette fibreuse représente le tendon rotulien, et quelques tractus fibreux semblent diviser la masse gommeuse en plusieurs petites tumeurs. Les ligaments semi-lunaires et interarticulaires sont sains. L'articulation du genou gauche est également altérée, avec cette différence que le peloton graisseux post-rotulien n'a pas disparu aussi complétement que du côté opposé. Au-dessous de ce peloton, en arrière du tendon et en avant du tibia, existe un dépôt gommeux de 2 centimètres d'épaisseur. L'examen anatomique des masses gommeuses articulaires m'a donné une structure identique à celle des tubercules gommeux du foie.

Non moins intéressant au point de vue des lésions viscérales que des modifications articulaires, ce fait permet de faire l'étude anatomique d'une variété importante des arthrites syphilitiques, car, en présence de l'alopécie, de la céphalée, de l'insomnie et de l'ensemble des lésions qui s'y rencontrent, il n'est pas possible, malgré l'absence d'antécédents spécifiques avoués par la malade, de conserver le moindre doute sur la syphilis. Il montre que le tissu cellulaire sous-synovial et le tissu fibreux sont ici

le siège d'un néoplasme qui ne diffère, ni par sa consistance, ni par sa coloration, ni par sa composition histologique, des productions syphilitiques du tissu cellulaire sous-cutané et de celles que nous trouverons bientôt dans les viscères. Des masses jaunes, élastiques, un peu molles, sèches, situées de chaque côté du ligament rotulien et dans l'espace qui sépare ce ligament de la membrane synoviale, ont atrophié et transformé une partie du peloton adipeux ; tapissées par la membrane séreuse d'une part, elles sont, d'autre part, recouvertes par la portion du ligament rotulien qui ne participe pas à l'altération ; de chaque côté de ce ligament, elles font saillie sous les toiles fibreuses ou celluleuses qui passent en avant de l'articulation. La membrane synoviale n'est pas sensiblement lésée, mais les cartilages sont secondairement érodés en plusieurs endroits, et c'est aussi sans doute à la suite de l'irritation de la membrane synoviale que s'est produit l'épanchement séreux articulaire. Au point de vue anatomique, cette altération se distingue nettement de l'arthrite scrofuleuse, qui a pour point de départ la membrane synoviale, et que caractérisent des masses molles, fongueuses et vasculaires; elle diffère aussi des arthropathies rhumatismales, qui ne présentent jamais de dépôts analogues aux dépôts gommeux.

Les *symptômes* qui correspondent à la lésion articulaire en question sont remarquables par leur faible intensité et par la lenteur de leur évolution. Le fait suivant, que nous avons suivi pendant longtemps, peut en donner une idée des plus exactes.

Chancre, iritis, exostoses, arthropathie du genou gauche, gomme située à la partie antéro-supérieure de la trachée et probablement dans le corps thyroïde.

Obs. XXIII. — Le nommé B. G.,., âgé de quarante-deux ans, raconte que son père a succombé au choléra de 1854, que sa mère est morte à l'âge de soixante-douze ans, après avoir joui d'une bonne santé. A dix-neuf ans, il contracta une blennorrhagie avec bubon suppuré. Depuis, il fut atteint de plusieurs écoulements uréthraux. Il y a cinq ans, ayant connu une femme affectée de syphilis, il remarqua à l'extrémité du gland un chancre qui disparut après quelques mois d'un traitement simple. On trouve aujourd'hui à ce même endroit une perte de substance peu considérable, avec rétrécissement du méat. Tout d'abord, les manifestations syphilitiques sont absolument nulles ; pas de maux de gorge, pas de céphalalgie, pas d'alopécie, pas de plaques muqueuses, pas d'éruptions cutanées. Cependant le malade se sentait fatigué, courbaturé, moins fort, moins énergique, son appétit était conservé. Un an ou quinze mois après l'apparition du chancre survient une iritis droite avec douleur très-vive, rougeur et gonflement oculaire. Cet accident persiste pendant tout l'hiver de 1859 (pommade de Lyon, purgatifs, traitement Leroy); le malade, pendant six mois, reçoit les soins d'un homœopathe, moyennant une somme de 50 fr. promise d'avance. Pendant le cours de cette iritis, deux tubercules se développent, l'un sur le cou à droite, l'autre sur l'omoplate du même côté. Ces tubercules durent environ un mois et se terminent par suppuration. A la place qu'ils occupaient on trouve deux cicatrices blanchâtres déprimées, assez semblables à celles de la variole.

Vers la fin de l'hiver de 1859-1860 apparaissent des exostoses très-douloureuses sur le frontal droit, les jambes et les avant-bras. N'obtenant aucune amélioration, le malade entre le 5 décembre 1860 à l'hôpital du Midi. (Pommade belladonée, atropine, iodure de potassium. Bains de vapeur.) Les exostoses ont disparu, l'œil est considérablement amélioré, à la sortie, le 5 mars 1861. Quatre mois plus tard, ce malade est pris de douleurs articulaires qui cessent au bout de quinze jours,

sous l'influence d'un traitement approprié. En 1862, il quitte Paris pour la province. Là, il est pris, au mois de septembre, de mal de gorge et de douleurs avec gonflement du genou gauche. La douleur est plus vive la nuit que le jour; elle a son siége à la face interne de l'articulation. Le malade traîne la jambe; malgré ces accidents, il fait de nombreux excès de table (iodure de potassium). Le printemps de 1863 voit disparaître tous ces accidents. Au mois d'août 1863, peu de temps après son retour à Paris, la douleur du genou reprend, puis le mal de gorge reparaît accompagné cette fois de gêne de la respiration, de toux, d'une expectoration abondante, d'enrouement et même pendant quelque temps d'une aphonie complète. Les liquides avalés reviennent en partie par les narines. Après un mois de traitement, il est admis à l'Hôtel-Dieu (clinique), le 27 octobre 1863. Le facies est pâle et défait, la physionomie exprime la tristesse et un découragement profond. La voix est enrouée, la déglutition difficile et douloureuse, cuissons dans l'arrière-gorge. Respiration gênée, oppression. Expectoration séreuse et abondante. Râles trachéaux, Il existe à la partie inférieure du larynx, au niveau du corps thyroïde, une tumeur du volume d'une grosse noix. On la limite facilement sur les côtés, mais on ne parvient pas à isoler nettement sa face profonde. Elle suit tous les mouvements du larynx. C'est évidemment une tumeur gommeuse du corps thyroïde. Les cordes vocales supérieures sont rouges, tuméfiées, séparées l'une de l'autre par un intervalle peu considérable. L'un des cartilages aryténoïdes, le droit, est volumineux, dévié en bas, il présente une tache noirâtre et très-vraisemblablement il se trouve carié.

Le genou gauche, volumineux, présente au niveau de la rotule, une circonférence de 0,38^{m}, par suite d'accumulation de liquide dans la cavité articulaire. Les douleurs dont il est le siége sont moins vives qu'elles n'étaient autrefois, la marche est devenue progressivement très-difficile. (Iodure de potassium 1 gramme. Quinquina.) Sous l'influence de ce traitement la gorge s'améliore, la déglutition devient plus facile, la salive est plus commodément avalée, les cuissons sont moins fortes, la poitrine est moins oppressée, le râle laryngé moins fort, l'expectoration est toujours abondante. Le genou, moins sensible, diminue un peu de volume (37 1/2), la voix est beaucoup plus claire. Le malade est moins triste. Le 14 novembre, la voix est presque naturelle, il n'y a plus de sensation de cuisson dans l'arrière-gorge, la déglutition est facile. L'oppression est moindre, la toux diminue de fréquence et les râles sont moins nombreux. Le genou seul reste légèrement gonflé et douloureux. La tumeur située en avant du larynx représente tout au plus le volume d'une noisette. Le 17 et le 18, sensation de cuisson dans l'arrière-gorge et douleurs dans le genou gauche, plus violentes la nuit que le jour. — Le 28 novembre, les forces reviennent peu à peu, l'expectoration est moins abondante. Les douleurs du genou gauche se font sentir à de longs intervalles. Cette articulation a presque repris son volume normal (0,36^{c} 1/2); la tumeur du corps thyroïde a presque complétement disparu. 1er décembre, le genou est normal, les douleurs n'y sont plus que rares et fugaces. Etat de la gorge parfait, tumeur trachéale à peine sensible au toucher.

Le malade quitte l'hôpital le 4 décembre. Son état est des plus satisfaisants. Au bout d'un mois je le revois, il avait cessé tout traitement; l'enrouement avait en partie reparu, l'articulation contenait une très-petite quantité de liquide, elle mesurait près de 0,37 cent. Huit mois plus tard, ce malade venait me retrouver, il était gros et gras, et tout à fait méconnaissable. Inutile de dire qu'il ne présentait aucun trouble fonctionnel et que sa santé générale était parfaite.

Dans ce fait, comme dans ceux qu'ont observés Richet et Follin, les principaux symptômes notés sont : des douleurs peu vives avec exacerbations parfois nocturnes, une tuméfaction lente de l'articulation avec hydropisie souvent intermittente, sensation, sur les côtés des ligaments rotuliens, de masses molles élastiques, limitées en un ou plusieurs points, au niveau des replis synoviaux, et de plaques indurées et indolentes analogues à des corps étran-

gers. Ajoutons, dans tous ces cas, l'absence de réaction fébrile et la conservation d'une grande partie des mouvements du membre lésé ; car, si les malades en viennent à tirer la jambe ou à boiter, ils sont rarement dans l'obligation de séjourner au lit. Un fait mérite d'être mentionné, c'est que l'articulation du genou est en quelque sorte le siége de prédilection de cette localisation tardive. Tantôt un seul genou est affecté, tantôt les deux genoux sont simultanément atteints. Cependant d'autres articulations peuvent être envahies par le même processus pathologique, et ce sont en général les grandes articulations plutôt que les petites.

Il est des lésions articulaires également syphilitiques dont le point de départ est non plus le tissu cellulo-fibreux périarticulaire, mais bien les os qui concourent à la formation de l'articulation. Dans ces cas, le gonflement occupe une plus ou moins grande étendue de la continuité de l'os, la douleur vive et lancinante revient surtout la nuit, et la pression du membre est douloureuse. Par suite de cette altération, une sérosité épaisse s'épanche quelquefois à l'intérieur de la cavité articulaire, et si le tissu sous-séreux est simultanément affecté, on peut observer, ainsi que l'ont vu Richet et Cullerier, des corps durs, véritables corps étrangers, situés au niveau des replis de la membrane synoviale. L'observation suivante, que nous devons à l'obligeance de M. A. Guérin, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, est un bel exemple de cette dernière forme. Nous la rapportons d'après les notes qui nous ont été remises par MM. Duguet et Lefeuvre.

Obs. XXIV. — D... (Joseph), ferblantier, âgé de vingt-cinq ans, est atteint à dix-sept ans d'abcès du pied gauche, suite d'entorse ; à dix-neuf ans, il contracte une chaude-pisse pour laquelle il est traité dans le service de M. Ricord, qui lui trouve, de plus, un chancre induré situé à la partie supérieure de la verge, à l'union du prépuce et du gland. L'inoculation de ce chancre faite au bras du malade donne un résultat négatif ; pansement au calomel, et, pendant deux mois, traitement mercuriel : les ganglions de l'aine sont gros, durs, roulants et non suppurés. Point de roséole, mais alors alopécie ; il y a deux ans, à la suite d'un coup sur la jambe gauche, il serait survenu une grosseur douloureuse à la pression. En même temps, douleurs nocturnes dans la jambe et l'épaule gauches. Il y a dix mois, la douleur aurait gagné le genou gauche et se serait accompagnée de gonflement notable, avec impossibilité de fléchir ni d'étendre complétement la jambe, et impossibilité de marcher. Pendant un mois, ce malade fut traité pour une hydarthrose : ne voyant aucune amélioration, il entra, au mois de janvier, dans le service de M. Guérin, où, en raison de son teint pâle et de ses apparences scrofuleuses, il fut mis à l'huile de foie de morue et au vin de quinquina ; on lui appliqua en même temps sur le genou de la teinture d'iode, puis des vésicatoires volants. Sensiblement amélioré, mais non guéri, il fut envoyé à l'hospice de Vincennes, où il fut repris des mêmes accidents, aussitôt qu'il voulut marcher. On lui applique de nouveaux vésicatoires volants, et, après deux semaines de séjour, il rentre dans le service de M. Guérin. Le 22 mars, ce chirurgien put constater le retour de l'hydarthrose ; la rotule soulevée produisait un choc lorsqu'on pressait sur elle, et le liquide fuyait dans les culs-de-sac supérieurs et latéraux de la synoviale, qu'il soulevait ; toute autre position que la demi-flexion était impossible. Au bout de quelques jours d'un traitement sans résultat par la teinture d'iode et les vésicatoires, l'idée vint que l'hydarthrose pourrait bien tenir à la syphilis ; la grosseur du tibia fut regardée comme une périostose, les douleurs nocturnes comme spécifiques ; le nez était

déprimé et le voile du palais détruit, le genou gauche avait près de deux centimètres de circonférence plus que le genou droit au niveau du tibia.

Le 22 juin, emplâtre de Vigo sur l'exostose, et iodure de potassium à la dose de 1 gramme chaque jour ; mais les coliques et la diarrhée font suspendre ce médicament le 1er juillet ; le 6, le malade se lève pour la première fois et marche. On reprend le 10 juillet l'iodure de potassium : D... continue de marcher ; on peut constater la disparition complète du liquide dans le genou : plusieurs fois encore, le traitement est suspendu à cause des coliques et de la diarrhée. Cinquante centigrammes d'iodure sont plus facilement tolérés, et vers la fin de septembre le malade est envoyé à Vincennes, marchant très-bien, débarrassé de ses douleurs nocturnes, avec diminution notable, mais non disparition de l'exostose du tibia.

Le 27 juin 1865, ce malade entre pour la troisième fois dans le service de M. Guérin. Huit jours auparavant, à la suite d'un violent effort, il a éprouvé, dans le coude droit, une douleur vive, persistante, à laquelle se joignit bientôt le gonflement de la partie. Lors de l'examen, il ne peut plus faire exécuter à son avant-bras aucun mouvement de flexion ou d'extension ; le coude, volumineux, tendu, douloureux à la pression, présente tous les symptômes d'une arthrite aiguë. Grâce aux antécédents bien connus du malade, un gramme, puis deux grammes d'iodure de potassium sont administrés chaque jour dans une potion, en même temps que l'on combat par des cataplasmes l'inflammation locale. Le gonflement diminue rapidement ainsi que la douleur, les mouvements sont rendus à l'avant-bras. Le 28 juillet, le malade demanda à sortir, se trouvant suffisamment guéri ; mais, comme il restait un peu de roideur et que l'on désirait surtout lui continuer son traitement antisyphilitique, on le retint à l'hôpital jusqu'au 8 août. Il présentait encore son exostose de la face interne du tibia, les cicatrices de la gorge.

A ces deux variétés de l'arthropathie syphilitique est-il nécessaire d'en ajouter une troisième dont le point de départ serait la membrane séreuse? Nous ne le pensons pas. Le tissu conjonctif sous-séreux est en effet, plutôt que la synoviale, le siége primitif des arthrites syphilitiques indépendantes d'une lésion osseuse. Pour terminer, disons que les tumeurs gommeuses voisines des articulations ont quelquefois fini par pénétrer jusque dans la cavité articulaire. C'est ainsi que Coulson (1) a vu une tumeur syphilitique de la partie inférieure de la cuisse communiquer avec l'articulation du genou.

La lenteur d'évolution des arthrites syphilitiques rend leur durée généralement longue, mais heureusement sans grand inconvénient pour les malades. Ces affections, comme toutes celles qui reconnaissent la même origine, n'ayant aucune tendance à la suppuration, peuvent encore guérir lors même qu'elles sont déjà très-anciennes. La guérison est du reste leur mode de terminaison habituel, quand elles sont reconnues et traitées ; autrement, elles continuent leur évolution, sans éprouver le moindre changement de la part des médications non spécifiques ; aucun fait n'indique qu'elles aient donné lieu à des déformations persistantes ou à des désordres articulaires irrémédiables.

Diagnostic. — Les lésions articulaires liées à la scrofulose et au rhumatisme chronique, certaines hydarthroses qui n'éveillent qu'un léger mouvement fébrile, telles sont les affections que l'on peut confondre avec les arthropathies syphilitiques. Dans la tumeur blanche scrofuleuse, le gonflement

(1) Coulson, *The Lancet*, mars 1858.

est plus rapide et plus considérable; les parties tuméfiées donnent aux doigts la sensation d'une sorte d'empâtement général, et non celle de plaques circonscrites et indurées; l'articulation affectée perd bientôt ses mouvements, et fréquemment l'altération finit par l'ankylose. Les lésions articulaires du rhumatisme chronique ne tardent pas à présenter des déformations caractéristiques, elles sont d'ailleurs plus étendues que celles de la syphilis. Dans l'arthrite sèche, un frottement rude et sec se fait sentir pendant le jeu de l'articulation. Enfin, les hydarthroses simples ne se montrent pas en général chez des individus cachectiques et pour ainsi dire toujours marqués au coin d'une maladie sérieuse et profonde, telle que la syphilis. L'arthrite blennorrhagique se distingue par les circonstances au milieu desquelles elle apparaît, par la douleur et le gonflement qui l'accompagnent, comme par une certaine tendance à la suppuration.

Envisagé uniquement au point de vue de la lésion articulaire, le pronostic de l'arthrite syphilitique tertiaire n'est pas inquiétant. Les dépôts gommeux, toujours longs à détruire les tissus fibreux au milieu desquels ils se développent, n'entraînent généralement pas de désordres graves. Toutefois cette affection peut être plus sérieuse quand les os sont primitivement lésés; quoi qu'il en soit, elle ne produit pas d'ankylose persistante et ne nécessite jamais l'amputation comme les affections d'origine scrofuleuse.

§ 4. Myosite syphilitique.

Bibliographie. — J. B. Theodosius, *Medicinales Epistolæ*, Basileæ, 1553, et *Aphrodisiacus* de Gruner, p. 140. — Astruc, *De morbis venereis*, etc., trad. franç. de Louis. Paris, 1777. — Petit-Radel, *Cours des maladies syphilitiques*, 6e édit. Paris, 1828. — Ph. Boyer, *Traité pratique de la syphilis*. Paris, 1838. — Ricord, *Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens*. Paris, 1851. *Gaz. des hôpitaux*, 1842, p. 98. — Boisson, *Tumeurs syphilitiques des muscles* (*Gaz. méd. de Paris*, 1846), et *Tribut à la chirurgie moderne*, t. I, p. 52, 1858. — Notta, *Sur la rétraction musculaire syphilitique* (*Archiv. gén. de méd.*, décembre 1856). — Nelaton, *Tumeurs syphilitiques musculaires* (*Gaz. des hôpitaux*, n° 6, 1858, et n° 59, 1861). — Saint-Arromann, Thèse de Paris, 1858, p. 21. — Thévenet, Thèse de Paris, 1858, p. 22. — Aug. Mazzucchelli, *Sur la syphilis musculaire*. Ann. univers., CLXXXVII, 4e série, 41, p. 274. — Sidney Jones, dans *Trans. of the pathol. Society of London*, vol. VII, p. 346, pl. X, fig. 5 et 6; vol. XI, p. 246. — Murchison, *ibid.*, vol. XIII, p. 251. — Virchow, *Archiv f. path. An.*, vol. XV, p. 271, et *Pathologie des tumeurs*, trad. fr. par Aronssohn, t. II, p. 430. Paris, 1869.

Depuis longtemps les affections syphilitiques des muscles ont fixé l'attention des observateurs. L'un des premiers, J. B. Theodosius indique leur existence; il admet la rétraction musculaire syphilitique et les gommes des muscles. Astruc décrit ces manifestations dans les termes suivants : « Quand, dit-il (1), la substance des muscles est infiltrée du virus, il survient des ganglions ou de petites tumeurs dures qui, en interceptant ou retardant le cours du sang, donneront lieu à une douleur rhumatismale tensive, pulsative, avec une tuméfaction manifeste et inflammatoire. » Petit-Radel parle d'une rétraction musculaire

(1) Astruc, *loc. cit.*, t. IV, p. 54.

rebelle aux moyens ordinaires de guérison (1). Lagneau signale, parmi les accidents de la syphilis, les phlegmasies chroniques des muscles des membres, lesquelles déterminent des flexions permanentes désignées sous le nom de contractures (2). Ph. Boyer écrit : « Il paraît que la syphilis consécutive a aussi de l'influence sur le système musculaire, car j'ai vu deux fois des contractures produites par elle ou au moins accompagnant ses symptômes et ne pouvant être rapportées à d'autres causes. Elles appartenaient au muscle biceps brachial; l'avant-bras était un peu porté dans la pronation, et la flexion ne pouvait être étendue. L'un des malades avait une syphilide ulcéreuse au front; l'autre avait des exostoses aux tibias, plusieurs hydarthroses, des périostoses au métatarse et au métacarpe, et la teinte terreuse de la peau (3). » Ricord, en 1842, a publié plusieurs observations qui ont eu pour résultat de fixer l'attention sur les altérations syphilitiques de ces mêmes organes; son *Iconographie* renferme une figure qui représente des gommes musculaires (4). Plus récemment, Notta et surtout le professeur Bouisson (de Montpellier) ont étudié avec soin ce même sujet. Ce dernier donne une description minutieuse des tumeurs syphilitiques des muscles.

Étude anatomique. — Les lésions que développe la syphilis au sein des muscles sont anatomiquement caractérisées ou par une infiltration néoplasique ou par la présence de nodosités plus ou moins volumineuses et nombreuses; de là deux modes pathologiques semblables à ceux que nous avons déjà rencontrés : lésion inflammatoire, diffuse, ou *myosite diffuse;* lésion circonscrite, ou *myosite gommeuse.*

La myosite diffuse se cicatrise tout d'abord, selon Ricord, par l'hypertrophie et la tuméfaction du muscle. Peu à peu, une matière plastique particulière se dépose dans le tissu musculaire, l'annihile; puis surviennent le raccourcissement, l'atrophie du muscle, et enfin la dégénérescence fibreuse, cartilagineuse et osseuse. Donc, tuméfaction, et exsudation de lymphe plastique, ou mieux apparition de noyaux et de cellules petites, arrondies, et en définitive de fibres nouvelles de tissu conjonctif dans les espaces interfibrillaires des muscles; plus tard, retrait de ces éléments, comme il arrive dans tous les tissus de cicatrice, et raccourcissement du muscle, ou bien dépôt d'éléments calcaires dans l'épaisseur du néoplasme et calcification du muscle, c'est en quoi consiste ce processus syphilitique. Virchow donne de cette lésion une description à peu près identique quant au fond; elle se rapporte plus particulièrement à sa phase avancée. « Les contractures musculaires ont pour cause, dit cet observateur, des dégénérescences calleuses du tissu musculaire, altérations analogues à celles que produit l'inflammation rhumatismale simple ou traumatique; au milieu du tissu interstitiel des faisceaux musculaires se développe un tissu conjonctif qui se sclérose et détruit, après l'avoir atrophiée, la fibrille musculaire primitive (5). » Ainsi,

(1) Petit-Radel, *Cours des malad. syphilitiques*, t. II, p. 78, 1812.
(2) Lagneau, *Traité pratique des malad. syphilitiques*, 6e édit., t. I, p. 145.
(3) Ph. Boyer, *Traité pratique de la syphilis*, 1838, p. 167.
(4) Ricord, *Iconographie*, pl. XXVIII *bis*, fig. 1.
(5) Virchow, *La syphilis constitutionnelle*, p. 105, Paris, 1860.

altération primitive de la trame, lésion secondaire de l'élément musculaire, telle est la modification anatomique du muscle affecté par la syphilis.

L'aponévrose d'enveloppe prend quelquefois part à cette altération. Dans un cas de dégénérescence plastique du jambier postérieur observé par Ricord, l'aponévrose d'enveloppe des muscles de la région postérieure de la jambe était difficilement séparable, et, en l'enlevant, on découvrit un tissu lardacé, jaunâtre, dû à l'altération du muscle et de la fibre musculaire.

La myosite gommeuse ne diffère de la précédente que par la disposition du néoplasme. Au lieu d'infiltrer une plus ou moins grande partie de la masse musculaire, celui-ci se présente sous forme de nodosités plus ou moins nettement circonscrites ayant pour siége la substance conjonctive, ou la trame fibreuse du muscle, ainsi que l'a admis Bouisson, d'après la simple analogie. « L'analogie porterait à croire, nous dit ce chirurgien, que l'élément cellulo-scléreux qui unit les fibres charnues ou qui leur forme une gaîne, est le premier envahi. Mais lorsque la lésion est avancée et qu'elle a revêtu l'un de ses modes de terminaison, soit par suppuration, soit par induration, tous les éléments anatomiques paraissent affectés, et, suivant le degré plus ou moins avancé du travail morbide, les fibres musculaires semblent plongées dans une matière de nouvelle formation, ou bien elles sont ramollies et détruites, ou bien encore elles sont transformées en tissu induré, subcartilagineux et même osseux. »

Les tumeurs gommeuses des muscles présentent les caractères histologiques des gommes du tissu conjonctif sous-cutané ; cellules rondes, petites, à un seul noyau (1), dispersées au sein d'une masse fibrillaire ou fibreuse. Elles sont, comme celles-ci, parfois enkystées et toujours constituées par les mêmes éléments, quoique souvent différentes par leur volume et leur coloration. Grisâtres d'abord, plus tard jaunâtres, elles acquièrent peu à peu la grosseur d'une noisette, d'une noix ou même un volume plus considérable. Primitivement molles, visqueuses, elles conservent quelquefois cette consistance première ; d'autres fois, fermes, semblables à l'œdème dur, elles marchent vers une organisation de plus en plus complète ; sinon, elles subissent une transformation graisseuse, se ramollissent peu à peu, deviennent fluctuantes, au point qu'on a pu supposer qu'elles entraient en suppuration, et qu'on a confondu avec le pus leurs éléments désagrégés. Cette erreur a été partagée par des hommes éminents, entre autres par le professeur Bouisson, de Montpellier ; mais il est bien évident que cet auteur a pris pour de la suppuration ou bien une lésion musculaire consécutive à l'altération d'un os voisin, ou bien le résidu de la transformation graisseuse des éléments constituants des tumeurs gommeuses. C'est donc à tort qu'on a parlé de gommes suppurées : la suppuration n'est pas le fait de la syphilis. Suivant nous, l'évolution des tumeurs gommeuses des muscles s'accomplit en deux temps ou deux périodes, l'une de formation (1er degré de Bouisson), l'autre de régression ou de métamorphose (2e et 3e degrés du même auteur). Dans la première période, il y a apparition d'un tissu analogue au tissu embryoplastique ou embryonnaire ; dans la seconde, il y a destruction moléculaire des éléments de ce tissu dont les conditions de

(1) Ch. Robin, *Bull. de la Société anatomique*, 1855, p. 26.

vitalité ne sont que temporaires. Quelquefois cependant on constate le développement complet du néoplasme et son passage à l'état fibreux, ou bien encore son incrustation par des sels calcaires, d'où l'état osseux ou ossiforme.

Siége. — Aucun muscle n'est à l'abri des lésions syphilitiques, mais tous ne s'altèrent pas avec une égale fréquence. Les observations de Ph. Boyer, Ricord et Notta nous apprennent que la myosite diffuse est fréquente dans les muscles des membres supérieurs et surtout dans les fléchisseurs de l'avant-bras. Bonisson a vu cette affection attaquer un des muscles oculo-moteurs. Il prétend, à tort suivant nous, que la plupart des rétractions anales observées chez les syphilitiques sont dues à la même cause. Quant aux tumeurs gommeuses, elles paraissent affecter de préférence le grand fessier, les muscles trapèze, sterno-mastoïdiens, triceps crural. Certains organes, d'une structure essentiellement musculaire, tels que les lèvres, la langue, le voile du palais, le diaphragme (Murchison), le larynx, le cœur même, participent quelquefois aussi à cette altération, comme nous le verrons plus loin. Les lésions syphilitiques des muscles sont assez communes pour qu'il m'ait été possible d'en observer six cas depuis un an. Les membres inférieurs étaient, dans ces cas, le siége de l'altération, et celle-ci occupait non pas le corps mais l'une des extrémités musculaires, en général le point d'insertion des fibres contractiles sur les toiles aponévrotiques ou les cordages tendineux. Le triceps crural était trois fois affecté à son extrémité inférieure, une fois à son extrémité supérieure : le jumeau externe présentait, dans un cas, une saillie de consistance ferme quasi osseuse, parallèle à son grand axe et située près de son point d'insertion. L'altération, dans le dernier cas, avait pour siége la partie supérieure du jambier antérieur droit et l'aponévrose qui recouvre les muscles de la région antérieure de la jambe.

Étude symptomatique. — Les deux formes de myosite syphilitique ont des symptômes communs et des symptômes propres. Un symptôme commun est la douleur : dans la myosite gommeuse elle se fait sentir au moment ou à la suite des contractions ; dans la myosite interstitielle, située à peu près exclusivement au niveau des attaches tendineuses, elle est provoquée par les tiraillements sur le muscle lésé. La rétraction musculaire est le symptôme le plus constant de l'altération diffuse ; si le biceps est malade, les mouvements par suite sont limités, l'avant-bras est dans un état de flexion permanente ; ce muscle, dur, tendu, diminué de longueur, fait saillie pendant l'extension sous la peau intacte et non colorée. La myosite gommeuse est rarement accompagnée de ce phénomène ; et, si les muscles sont superficiellement situés, le palper permet de constater la présence de tumeurs fermes et résistantes dès l'abord, plus molles ensuite, qui parfois acquièrent une dureté osseuse. La forme de ces tumeurs est ordinairement globuleuse, leur volume varie depuis celui d'une petite noix jusqu'à celui d'une orange. Elles ne s'accompagnent d'aucun changement de coloration à la peau. Selon Bonisson, les variations de température et l'état hygrométrique de l'air éveillent leur sensibilité, qui s'accroît encore pendant la nuit. Un caractère commun à ces tumeurs et à la

plupart des tumeurs musculaires consiste dans la mobilité ou la fixité, suivant que le muscle est au repos ou contracté. C'est dans le cas de mobilité que l'exploration de la tumeur est le plus facile. Des troubles particuliers, variables avec chacun des muscles affectés, correspondent à ces altérations qu'accompagne fréquemment l'état anémique du malade.

La marche des myosites syphilitiques est lente, insidieuse, et souvent le malade ne s'aperçoit de l'existence de cette affection que longtemps après son début. Habituellement, il prend pour du rhumatisme les douleurs qui parfois existent pendant la première période de cette altération. Plus tard, quand la gomme est ramollie, malades et médecins croient volontiers à un abcès. L'induration musculaire, longue à disparaître, diminue peu à peu de la circonférence vers le centre.

La guérison est la règle ; mais il faut savoir que l'infiltration diffuse est susceptible d'amener l'atrophie ou la destruction d'un certain nombre de faisceaux musculaires, et qu'elle peut arriver à produire une rétraction permanente.

Diagnostic. — Le diagnostic des lésions syphilitiques des muscles n'est pas difficile lorsqu'on sait tenir compte de leur marche, des commémoratifs et des altérations concomitantes. Les exostoses, les tumeurs gommeuses du périoste, les ulcères du pharynx ou du voile du palais, sont les manifestations qui les accompagnent le plus ordinairement ; parfois elles coexistent avec des affections viscérales qui reconnaissent la même origine. Les cancers, les abcès, qu'il est possible de confondre avec la syphilis musculaire, se distingueront à l'aide des caractères que nous avons énoncés plus haut, relativement au diagnostic des gommes du tissu cellulaire sous-cutané.

Indépendamment de l'atrophie musculaire et de la contracture permanente, nous savons que les ulcères profonds et sanieux qui succèdent aux tumeurs gommeuses se cicatrisent difficilement ; si nous ajoutons que ces ulcères peuvent amener la perforation du voile du palais et de la gêne dans les mouvements de la parole, on comprendra que les affections syphilitiques musculaires ne sont pas toujours sans gravité.

§ 5. — Ténosite syphilitique.

Malgré une organisation peu vasculaire, les aponévroses et les tendons n'échappent pas aux manifestations de la syphilis constitutionnelle. L'inflammation syphilitique est, en effet, essentiellement propre aux tissus fibreux, quel que soit leur degré de vascularité. Les lésions observées dans ces dépendances du système musculaire ne diffèrent pas d'une façon notable de celles que nous venons de voir au sein des muscles. Elles consistent, ou dans un épaississement partiel, ou dans la présence de petites tumeurs ou noyaux durs (nodus, gommes) dans l'épaisseur des toiles membraneuses et des cordons tendineux.

Connues d'Astruc (1) et d'un grand nombre de ses prédécesseurs, les lésions syphilitiques des membranes fibreuses et des tendons ne peuvent être mises en doute, bien que les observations sur lesquelles repose leur description soient

(1) Astruc, *Traité des maladies vénériennes*, t. IV, p. 11 et 75.

en général fort laconiques et souvent incomplètes. Nous avons déjà signalé l'altération des toiles aponévrotiques des muscles de la jambe, ajoutons que semblable altération envahit parfois les autres aponévroses. Celles-ci peuvent être aussi le siége de tumeurs gommeuses, mais plus rarement que les tendons.

L'infiltration syphilitique des tendons, tantôt ferme et solide, semble produite par une hypertrophie circonscrite du tissu (Bouisson); tantôt plus molle et moins consistante, elle paraît tenir à un épanchement de matière comme gélatineuse. Le tendon par lui-même est peu modifié; mais si l'ossification s'empare du néoplasme, elle peut gagner toute la longueur du cordon fibreux; sinon, rester limitée à la partie malade, et former ainsi une sorte d'os sésamoïde accidentel.

Ces tumeurs syphilitiques se développent à la surface ou au centre des tendons. Le premier siége est le plus fréquent. Nünn a vu dans un cas les tendons des muscles qui s'insèrent à la partie supérieure et interne du tibia présenter une masse gommeuse qui ulcéra la peau, et fut éliminée. Les tendons du coude-pied étaient également altérés et la guérison eut lieu sans aucune rétraction. Quand ils occupent le centre même de la corde tendineuse, les produits gommeux écartent les fibres, et la tumeur prend une forme ovoïde ou fusiforme. Bouisson a observé et dessiné une pareille tumeur qui siégeait dans l'un des tendons des fléchisseurs des doigts; la fluctuation était sensible à travers l'enveloppe fibreuse, et la tumeur avait à peu près la forme et le volume d'une amande. Cet auteur pense que l'affection désignée par Lisfranc sous le nom de *nodosités blanches* des tendons n'est tout simplement qu'un cas particulier de nodus syphilitique. L'observation de Lisfranc (1) sur ce sujet a trait, comme on sait, à un danseur de l'Opéra, qui portait une tumeur volumineuse, développée dans le tendon d'Achille, et qui guérit par l'emploi de l'iodure de potassium.

Les tendons les plus épais et les plus résistants sont le siége le plus habituel des lésions syphilitiques. En première ligne se placent le tendon d'Achille et celui du biceps ou du triceps crural. Nélaton a rencontré deux tumeurs gommeuses développées dans ce dernier tendon, où elles simulaient un corps étranger du genou. Une autre fois, la tumeur, qui occupait le muscle droit antérieur de la cuisse, était devenue le point de départ d'une hydarthrose qu'il était facile de prendre pour une tumeur blanche (2).

Qu'elles affectent les aponévroses ou les tendons, les lésions syphilitiques ne sont pas douloureuses au repos. Cependant, lorsqu'elles occupent les tendons, elles sont quelquefois, pendant la contraction des muscles, le siége de douleurs qui entravent plus ou moins les mouvements. Le plus ordinairement sous-cutanées, les lésions syphilitiques tendineuses se montrent sous forme de saillies abruptes, dures, souvent petites et circonscrites; plus tard, elles se ramollissent, la peau devient rouge, s'enflamme, s'ulcère, se perfore et livre passage au produit gommeux mortifié. Celui-ci n'est pas du pus, je l'ai dit plus

(1) Lisfranc, *Gazette des hôpitaux*, 1842.

(2) Saint-Arromann, Thèse de Paris, 1858. — L'observation XXII est un exemple assez semblable; le tendon rotulien, infiltré par le produit gommeux, est en partie détruit; l'articulation du genou contient un liquide séreux abondant.

haut, et B. Bell (1) a noté les différences qui le séparent du liquide purulent : « Cette matière ténue, presque sans couleur, ou un peu teinte de sang, n'a peut-être jamais aucun des caractères du pus. » Les ulcères qui en résultent, ajoute le même auteur, sont sordides et communément plus difficiles à guérir qu'aucun des autres qu'on observe dans cette maladie. En général la continuité des tendons est respectée, et la guérison a lieu sans rétraction.

A une certaine époque de leur évolution, lorsqu'elles commencent à se ramollir, les nodosités syphilitiques des tendons peuvent être d'un diagnostic facile ; mais il n'en est pas de même dans la première phase de leur développement. Alors elles peuvent être confondues avec d'autres tumeurs, et particulièrement avec les nodosités résultant d'une accumulation de sérosité dans les bourses muqueuses naturelles ou accidentelles, et auxquelles on a donné le nom de *ganglions*. Ces dernières lésions sont réductibles, et leur évolution est bien différente de celle des tumeurs gommeuses. Certains névromes peuvent encore induire en erreur ; mais leur siége et la douleur qui les accompagne aident à les différencier (2).

Le pronostic de ces affections est généralement peu sérieux, à cause du peu d'importance fonctionnelle des organes lésés.

§ 6. — Dactylite syphilitique (panaris syphilitique).

Bibliographie. — Van Oordt, Thèse de Paris, 1859, p. 41 et 45. — Chassaignac, *De la dactylite syphilitique*, Clinique européenne, p. 239, 23 juillet 1859. — Nélaton, *Du panaris syphilitique* (*Gaz. des hôpitaux*, fév. 1860). — Bergh, *Sur les lésions syphilitiques des ongles et le panaris syphilitique* (*Hospital Tidende*, n° 13, 1860, trad. du danois dans Behrend's Syphilidolog. III, 3, 1861). — Le même, *Ueber gummöse Erkrankung der finger und Zehen bei Syphilis*. Archiv f. Dermatolog. und Syphil., II, 2, p. 223, 1870. — A. Lucke, *Syphilitische Dactylitis*, Berlin. klin. Wochenschrift, t. IV, 50, 51. — Archambault, *Union méd.*, n° 140, 1869. — O. Risel, *Zur Casuistik der syphilitischen finger und Gelenk affectionen*, Berlin. klin. Wochenschr., VII, 1870. — O. Heyfelder, *Cas de lésion syphilitique des doigts et des orteils*, Petersb. med. Zeitschr., n. f. I, p. 38, 1870, et Schm. Jahrb., t. CLIII, p. 48, 1872. — R. W. Taylor, *On Dactylitis syphilitica*, The american Journ. of Syphilography and Dermatology, New-York, 1871, trad. dans *Archiv. génér. de médecine*, t. II, p. 112, Paris, 1871. — J. Morgan, *On a peculiar affection of the hands and feet*, The medical Press and circular. 18 décembre 1872.

Les différents tissus qui entrent dans la composition des doigts peuvent être simultanément ou isolément atteints par la syphilis, d'où les diverses espèces de panaris admises par les auteurs. Nous ne reviendrons pas sur l'onyxis, dont il a été question plus haut, et ainsi, il nous suffira de rappeler que la peau des doigts est exposée aux manifestations syphilitiques de tout le système cutané, et par conséquent à des éruptions multiples. Le tissu cellulaire sous-cutané des doigts n'est pas, sous ce rapport, plus épargné que celui des autres régions. Des tumeurs gommeuses peuvent s'y déve-

(1) B. Bell, *De la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, t. II, p. 187, Paris, 1802.

(2) Comparez Notta, *Rech. sur une affection particulière des gaines tendineuses de la main caractérisée par le développement d'une nodosité sur le tendon des fléchisseurs des doigts.* (*Arch. gén. de médec.*, t. XXIV, 4e série, p. 142.)

lopper (dactylite gommeuse). On a trouvé le tendon de l'un des médius affecté de dépôt gommeux (obs. IV, thèse de Van Oordt), et il y a toute raison pour que la synoviale et la gaîne fibreuse des tendons déjà exposées aux atteintes de la syphilis secondaire subissent l'influence syphilitique tertiaire. Quant au périoste et à l'os, ils ne sont pas exempts de cette influence, et la dactylite périostique peut, à la rigueur, se terminer par carie et surtout par nécrose.

Le plus souvent, toutefois, ces divers tissus sont simultanément affectés, et il devient difficile de savoir quel a été le point de départ du processus morbide, surtout quand ce processus débute dans les parties profondes et s'étend aux régions plantaires ou palmaires. Les faits de ce genre sont particulièrement connus aujourd'hui sous le nom de dactylite syphilitique. Celui qui suit a été rapporté par le professeur Nélaton. « Un homme âgé d'une cinquantaine d'années entre à l'hôpital de la Clinique pour se faire traiter d'une affection du doigt médius de la main droite. Il raconte que cette maladie s'est déjà produite deux fois; ce doigt est devenu gros et douloureux, puis ces accidents se sont dissipés graduellement, et finalement il a pu reprendre ses travaux; une rechute eut lieu, suivie d'une guérison apparente, comme la première fois; enfin, après la deuxième récidive, voici l'état que présente cet homme. Le médius de la main droite est plus volumineux qu'il ne devrait l'être. Il a environ 1 centimètre de plus que son congénère du côté opposé. Cette augmentation de volume porte principalement sur la première phalange, un peu moins sur la seconde, elle est à peu près nulle sur la troisième. Les téguments, légèrement tendus, ont conservé leur aspect normal, ils offrent seulement une teinte violacée. Les mouvements sont peu gênés, la pression est faiblement douloureuse, mais il survient à divers instants de la journée et quelquefois pendant la nuit des douleurs spontanées. » Un fait analogue est en outre signalé par ce même chirurgien.

Deux malades observés par Lücke présentaient, l'un un gonflement diffus, uniforme, indolent, de toutes les phalanges des petits doigts et de quelques-uns des orteils, l'autre l'augmentation de volume des phalanges du premier orteil droit et du second orteil gauche; les parties molles des doigts étaient épaissies, la peau qui les recouvrait était tendue et résistante, les articulations étaient crépitantes, les mouvements gênés et non douloureux. Trois autres faits assez semblables ont été vus par Bergh, Mc. Cready et H. Taylor. Réunissant ces différents cas, ce dernier a donné une histoire détaillée de la dactylite syphilitique, qu'il divise en deux variétés. Dans la première variété l'altération occupe le tissu conjonctif sous-cutané et les tissus fibreux des articulations; dans la seconde, le processus morbide, prenant son point de départ dans le périoste et dans les os, envahit secondairement les jointures. Ces altérations affectent un ou plusieurs des doigts ou orteils; la peau, à leur niveau, est distendue, quelquefois adhérente aux parties sous-jacentes, ses plis sont effacés, sa couleur varie du rouge marbré au rouge sombre, et, lorsqu'elle devient tuméfiée et sensible, c'est toujours d'une façon passagère. On n'a pas jusqu'ici observé d'altération concomitante des ongles. Généralement mieux circonscrite que la dactylite sous-cutanée, la dactylite sous-périostique peut produire un gonflement analogue à celui que détermine le spina-bifida. Cette tuméfaction arrondie existait dans le cas de

Bergh, où tout portait à diagnostiquer une ostéo-myélite gommeuse. Effectivement, la paroi osseuse, amincie, donna issue en dernier lieu à un liquide clair et visqueux, et un stylet introduit dans la plaie conduisait dans une cavité sans rencontrer de portion d'os nécrosée et sans déterminer de douleur. Après la guérison, la phalange altérée se trouvait notablement raccourcie. Semblable résultat se rencontrait dans le cas de Mc Cready par suite de la résorption d'une grande partie de la phalange, résorption dont le mécanisme était sans doute analogue à celui que nous avons vu produire la disparition des os crâniens. Ces faits nous montrent que la dactylite syphilitique peut produire un raccourcissement plus ou moins considérable des doigts et des orteils ; ajoutons que la difformité qui en résulte est relativement peu marquée.

L'absence de douleur, une évolution lente et une durée toujours longue en dehors de l'intervention d'un traitement spécifique, tel est l'ensemble des caractères généraux qui permettent de reconnaître la dactylite syphilitique et de la distinguer des affections susceptibles de la simuler, comme un accès de goutte, un panaris ordinaire, etc. Le rhumatisme chronique ne prêtera pas davantage à la confusion : limité aux articulations des doigts, il les atteint pour la plupart, respectant la peau et produisant une déformation dont la tendance est de déjeter les doigts vers le bord cubital de la main et de fixer les organes dans diverses positions de flexion et d'extension. L'enchondrome des doigts, tumeur dure, circonscrite, saillante le plus souvent à la face palmaire, pourrait être confondue avec la dactylite sous-périostique ; mais son accroissement progressif, sa dureté, ses bosselures aideront à le reconnaître tôt ou tard. Les affections scrofuleuses des phalanges se distingueront par les trajets fistuleux auxquels elles donnent bientôt naissance et par la concomitance d'accidents strumeux en d'autres points du corps.

Le pronostic de la dactylite syphilitique n'est sérieux qu'autant que cette affection est méconnue. C'est alors que peuvent se produire des déformations capables de gêner la fonction des doigts ; mais chose plus grave serait une opération pratiquée sans nécessité.

ARTICLE III. — APPAREIL GÉNITO-URINAIRE.

Nous avons fait connaître les localisations primitives et secondaires de la syphilis sur les organes génitaux. Il nous reste à étudier les altérations tertiaires de ces mêmes organes chez l'homme et chez la femme, et celles de l'appareil urinaire.

§ 1. — Orchite syphilitique.

BIBLIOGRAPHIE. — ASTRUC, *Traité des maladies vénériennes*, trad. franç. de LOUIS, 1777.—Benj. BELL, *Traité de la gonorrhée virulente*, etc., trad. franç. de BOSQUILLON, Paris, 1802, t. II, 190. — DUPUYTREN, *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. I, Paris, 1832. — Ast. COOPER, *Diseases of the testis*. London, 1835, p. 135, et *Œuvres chirurgicales*, trad. française par RICHELOT et CHASSAIGNAC. Paris, 1837. — HUNTER, *Œuvres complètes*, traduct. française, p. 580. Paris, 1841. — HAMILTON, *Essay on syphilitic Sarcocele*. Dublin, 1840. — Ph. BOYER. *Testicule syphilitique* (*Gaz. méd.*, 1840, p. 754).— VELPEAU, Dictionnaire en 30 volumes. — RICORD, *Clinique icono-*

graphique de l'Hôpital des vénériens, et *Gaz. des hôpitaux*, 1845, p. 503.—John Hamilton, *Essay on syphilitic Sarcocele*, Dublin, 1849. — Hillot, *Mémoire sur le testicule syphilitique* (*Journ. de chirurg.*, t. IV, 1846, p. 103 et 129).—Vidal (de Cassis), *Du Sarcocèle syphilitique* (*Mémoires de la Société de chirurgie*, 1851).—Nélaton, *Gaz. des hôpitaux*, 8 avril 1852, et *Annales des maladies de la peau*, t. IV, 218. — Calvo, *De l'albuginite syphilitique*, etc. Thèse de Paris, 1854. — B. Curling, *Traité pratique des maladies du testicule*, trad. franç. par L. Gosselin, Paris, 1857, p. 357. — Venot, *Du Sarcocèle syphilitique*. Thèse de Paris, 1858. — Rollet, *Mémoire sur le Sarcocèle fongueux syphilitique*. Lyon, 1858. — Fossard, *De l'orchite tuberculeuse*. Thèse de Paris, 1855. — M. Lebrun, *Du Sarcocèle syphilitique*. Thèse de Paris, 1855. — A. Lejeal, *Du Sarcocèle syphilitique*. Thèse de Paris, 1855. — Vidal (de Cassis), *Du Sarcocèle syphilitique, ses effets sur le testicule et sur la virilité*. Mém. de la Société de chirurgie, 1856. — Virchow, *Syphilis constit.*, trad. franç. Paris, 1859. — De Meric, *Fungus of the testicle in syphilis*, The Lancet, March 19, 1859. — J. F. West, *Sur le fungus syphilitique du testicule*, dans *Dublin Quarterly Journ. of med. Science*, nov. 1859. — Ch. Hardy, *Études sur les inflammations du testicule*. Thèse de Paris, 1860, p. 48 et 49. — Lewin, *Studien über Hoden* (*Deutsche Klinik*, n° 24, 1861, et Canstatt's Jahresbericht, 1861). — Bergh, *Om dem syphilit. Testikelid.* (*Hospit. Tidende*, n°s 9, 11, 1861). — Wilks, dans *Transact. of the pathol. Society*, vol. X, p. 210, XII, p. 216, et *Guy's Hosp. Reports*, ser. III, vol. IX, p. 55, pl. II, fig. 4. — Canton, *Trans. of the path. Society*, vol. XII, p. 162, pl. IX, fig. 1. —Fr. Tenore. *Il fungo benigno del testicolo e la Sifilide constituzionale*. Napoli, 1863, et Ann. univers., t. CLXXXVII, (4e série, 41), p. 170. — Verneuil, Article *Aine* du *Dict. encyclopédique des Sciences médicales*, t. II, p. 286. — Huber, *Zur Casuistik der Orchitis gummosa*, Archiv f. klinische Medicin, VI, p. 104, 1869.

Signalées par Astruc et Van Swieten, décrites par B. Bell, les affections syphilitiques des testicules ont été bien étudiées par A. Cooper (1) et par Dupuytren ; mais c'est à Ricord, à Vidal (de Cassis), à Curling et au professeur Gosselin que sont dus les travaux les plus importants sur ces manifestations. Comme la plupart des lésions syphilitiques, elles se montrent sous deux formes distinctes, l'une diffuse, l'autre circonscrite ; quelquefois combinées, d'autres fois isolées et indépendantes, ces deux formes pathologiques méritent chacune une description séparée.

Qu'elle envahisse une partie ou la totalité de l'organe, qu'elle soit simple ou double, l'orchite syphilitique diffuse est caractérisée, à son début, par une hypérémie vasculaire et l'apparition, au sein du tissu interstitiel ou connectif, de petites cellules rondes et de noyaux auxquels succèdent ordinairement des fibres de tissu conjonctif. Plus tard, des cloisons blanchâtres, des cordons d'aspect tendineux, irradient de la tunique albuginée épaissie, et principalement du corps d'Hygmore, dans une partie ou dans toute l'épaisseur de l'organe, compriment et écartent les canalicules séminifères. Ceux-ci ne tardent pas à s'atrophier, et les cellules épithéliales qu'ils renferment, granuleuses, infiltrées d'un pigment brun noirâtre, se détruisent peu à peu en subissant la métamorphose graisseuse. Le testicule, dur et résistant, crie sous le scalpel ; il n'est plus constitué que par des éléments

(1) On se fera une juste idée de l'invariabilité des caractères anatomiques des lésions syphilitiques du testicule, en comparant les planches laissées par A. Cooper avec celles que nous a léguées Ricord et celles qui font partie de ce travail. Il sera impossible, après cet examen, de ne pas reconnaître la spécificité des manifestations internes de la vérole.

de tissu connectif et quelques particules de matière grasse, il a subi une véritable transformation libro-graisseuse. En général plus volumineux au début de l'évolution pathologique, cet organe se rapetisse peu à peu à mesure que se rétracte le tissu de nouvelle formation. De là résulte une atrophie générale si l'inflammation est étendue, une dépression ressemblant à une cicatrice lorsque la phlegmasie est limitée ou seulement lobulaire. Dans ces conditions, le cordon est le plus souvent intact ; quelquefois il est confondu de façon à ne faire plus qu'une seule masse avec le testicule.

La tunique vaginale participe le plus souvent à l'altération du testicule (périorchite, vaginalite). Tout d'abord elle renferme de la sérosité, qui, plus tard, se résorbe lorsque ses deux feuillets viennent à se tapisser de dépôts pseudo-membraneux et à produire des adhérences plus ou moins complètes. La périorchite isolée et indépendante de l'altération testiculaire est rare, si toutefois elle existe.

L'inflammation aiguë simple et non spécifique du testicule est à peu près la seule lésion qui puisse être confondue avec l'orchite syphilitique. Elle s'en distingue par une hypérémie et une friabilité plus considérables, et surtout par une évolution beaucoup plus rapide, en sorte qu'elle ne produit ni l'épaississement scléreux de la trame interstitielle, ni l'atrophie qui en résulte. L'inflammation qui succède à une blennorrhagie ou à tout autre désordre de l'urèthre porte, avant tout, sur le cordon et sur l'épididyme. Je ne chercherai pas à différencier l'orchite syphilitique de l'orchite chronique, dont l'existence n'est pas jusqu'ici nettement établie. Je pense, avec le professeur Gosselin, que la plupart des cas d'orchite chronique connus ont une origine syphilitique incontestable.

L'orchite circonscrite ou gommeuse peut accompagner l'orchite diffuse, et aux caractères ci-dessus signalés s'ajoutent ceux de la tumeur gommeuse (1). D'autres fois, les gommes du testicule se développent isolément, elles ont pour point de départ la tunique externe d'un vaisseau ou la membrane propre d'un canalicule spermatique ; elles sont multiples et dispersées en différents points, ou groupées sur un seul. D'un volume qui varie de la grosseur d'une lentille à celle d'une noisette, d'une noix ou même d'un œuf, ces dépôts arrondis ou mamelonnés, d'une coloration grisâtre ou d'un blanc jaunâtre, ont une consistance ferme, qui devient plus molle vers le centre ; à la coupe, ils sont secs plutôt qu'humides, c'est-à-dire qu'ils laissent échapper peu ou pas de liquide sous l'influence de la pression. De même que la plupart des tumeurs gommeuses des organes internes, les gommes du testicule sont entourées dès leur début d'une aréole grisâtre, parcourue de vaisseaux visibles à l'œil nu ; plus tard elles sont enveloppées d'une sorte de capsule fibreuse blanchâtre, dont il est parfois difficile de les séparer. La constitution histologique de ces tumeurs n'est pas toujours parfaitement identique ; tandis que les unes sont presque entièrement fibreuses, les autres, au contraire, sont composées à peu près uniquement de cellules et de noyaux ronds. Dans un cas de gomme ancienne je n'ai trouvé que des éléments altérés

(1) Les planches de l'*Iconographie* de Ricord et les nôtres fournissent des exemples de cette double altération.

et informes, des granulations graisseuses abondantes et des cristaux de matière grasse (margarine). Ces productions passent par les diverses phases que subit toute tumeur gommeuse, et la dégénérescence régressive y est en général d'autant plus avancée qu'on examine des parties plus centrales, d'où la possibilité, dans certains cas, de distinguer dans ces tumeurs trois zones distinctes par le degré d'altération des éléments.

S'il arrive qu'un seul testicule soit lésé, plus souvent que dans toute autre maladie les deux organes sont simultanément affectés. Le corps du testicule est le siége de prédilection de l'altération, mais dans quelques cas pourtant l'épididyme et le cordon peuvent être atteints. Un homme présente à l'âge de trente-deux ans une tumeur du testicule gauche que l'on ouvre à l'aide du bistouri, mais qui guérit ensuite sous l'influence de l'iodure de potassium. Huit ans plus tard, le testicule est de nouveau affecté, et lorsque ce malade se présente à moi le 13 juin 1867, cet organe a le volume du poing d'un adulte, il forme une masse dont une partie située en haut et à droite est plus molle, c'est le corps du testicule, tandis que l'autre partie, bosselée, ferme, d'une dureté partout égale et très-grande, est constituée par l'épididyme et la portion adjacente du testicule. Le cordon forme une baguette rigide du volume du pouce, renflée en plusieurs endroits, et dont l'un des renflements, situé près de l'arcade de Fallope, a le volume d'un gros marron. Le malade rapporte que cette lésion a commencé à se développer il y a cinq ans, et que pendant environ une année elle a été le siége d'élancements ; il ne sait pas exactement à quelle époque il a eu un chancre, mais il se souvient d'avoir été soumis à un traitement ioduré. Le testicule droit est intact ; une cicatrice ancienne se voit sur le scrotum. Santé générale bonne, pourtant céphalée habituelle, insomnie, maigreur. J'administre l'iodure de potassium et, le 1er juillet, je porte la dose du médicament à 2 grammes par jour. Le 13 août, après deux mois de traitement, la santé générale est parfaite, la céphalée a depuis longtemps disparu, le testicule se dégage de l'épididyme dont le volume est diminué de près de moitié. Le cordon est moins volumineux, mais toujours dur et ferme. Le traitement ayant été délaissé pendant les mois d'octobre et de novembre, l'état local du malade resta stationnaire. Repris dans le mois de décembre, le traitement ioduré, cette fois à la dose de 3 grammes par jour, amène au bout de vingt jours une diminution dans la tumeur ; le 8 janvier, cette diminution est plus marquée, et le 22, j'ai tout lieu de compter sur une guérison prochaine et définitive. Effectivement, le testicule est entièrement dégagé de l'épididyme, qui conserve encore une partie de sa dureté, mais qui a au plus le volume d'un marron. Le cordon, assez souple, est réduit au volume d'un manche de plume à écrire ; ses renflements, à l'exception d'un seul, sont inappréciables. Quant à la santé générale, elle est des meilleures. Depuis lors j'ai eu l'occasion de revoir ce malade, il se portait bien et conservait fort peu de chose de son état local. Quoi qu'il en soit, il faut reconnaître que les faits de ce genre sont exceptionnels, et que la prédilection des tumeurs gommeuses pour le corps des testicules constitue un caractère important et très-propre à différencier ces lésions de l'affection tuberculeuse, qui se développe primitivement dans l'épaisseur de l'épididyme, et s'accompagne, le plus souvent, de tubercules miliaires et grisâtres du corps de

l'organe. L'évolution des produits syphilitique et tuberculeux n'est d'ailleurs pas identique; le tubercule se ramollit plus rapidement que la gomme, il enflamme les tissus voisins, adhère à la peau et devient le siége de trajets fistuleux plus ou moins nombreux. Le sarcome est une production anatomiquement différente de la tumeur gommeuse, par le volume de ses éléments constituants et par sa riche vascularisation. Le carcinome, formé de cellules épithéliales, se sépare nettement de toute production syphilitique.

L'observation suivante, dans laquelle les testicules, plus volumineux qu'à l'état normal, sont presque entièrement constitués par une substance jaunâtre homogène quelque peu analogue au jaune de l'œuf bien cuit, est un exemple frappant des graves désordres que peut produire l'altération gommeuse. A peine, en effet, trouve-t-on à la périphérie de cette altération à surface irrégulière et déprimée quelques vestiges de la tunique albuginée; cette membrane, qui a subi une transformation identique à celle du reste de l'organe, n'est en aucune façon distincte.

Accidents syphilitiques traités à l'Hôpital du Midi, gommes et ulcères de la jambe; sarcocèle syphilitique; cachexie et mort. — Gommes multiples du foie; lésions des ganglions viscéraux, orchite diffuse et gommeuse.

Obs. XXV. — D.... âgé de quarante-quatre ans, tailleur d'habits, longtemps traité à l'Hôpital du Midi, dans le service de M. Cullerier, pour une maladie syphilitique, entrait le 5 avril 1862 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Michon. C'est un homme d'une taille élevée, mais très-amaigri, qui offre toutes les apparences d'un état cachectique avancé, savoir : décoloration et teinte jaunâtre des téguments, œdème des membres inférieurs, mollesse et flaccidité des tissus, appétit presque nul et diarrhée. Il est d'une faiblesse excessive, et il demande plutôt à reprendre ses forces qu'à se faire traiter d'une large ulcération d'aspect gangréneux qu'il porte à la partie antérieure et inférieure de la jambe droite, et qui paraît avoir pour origine une gomme ancienne et ramollie. La faiblesse de ce malade croissant de plus en plus, il succombe au bout de quelques jours (25 avril) dans le marasme le plus complet, sans avoir présenté d'autres symptômes que ceux qui viennent d'être rappelés.

Autopsie. — Les cheveux sont en grande partie conservés; plusieurs dents sont cariées; la couche épidermique est partout mince et légèrement desquammée: une large ulcération ($0^m,50$ de diamèt.) sanieuse et verdâtre, un peu foncée, existe à la partie inférieure de la jambe droite. Le gland offre à sa partie antérieure et inférieure une perte de substance et une cicatrice qui a amené un hypospadias. On constate en outre quelques cicatrices blanches et irrégulières de la peau à la région antérieure de la poitrine et plusieurs croûtes d'ecthyma sur l'épaule droite. Le cerveau est sain, mais pâle et décoloré. L'arachnoïde, épaissie, grisâtre au niveau du bulbe, adhère intimement à la substance nerveuse. Néomembrane de peu d'étendue à la surface interne de la dure-mère, au voisinage de la faux du cerveau. Les os sont intacts.

Le péricarde renferme une petite quantité de sérosité. Le cœur, large et mou, se trouve recouvert d'une légère couche de graisse et d'une plaque blanche laiteuse; il est parsemé de quelques taches ecchymotiques. Les valvules du cœur sont un peu épaissies; le tissu musculaire n'est pas altéré. Taches vineuses ecchymotiques nombreuses à la surface des plèvres et plus particulièrement de la plèvre diaphragmatique. Absence d'adhérences, mais épanchement peu abondant et séro-sanguinolent dans la cavité pleurale gauche. Adhérences nombreuses du

poumon droit avec la paroi thoracique, intégrité de l'organe. Le poumon gauche est, au niveau de son bord postérieur, le siége d'une induration brunâtre (pneumonie avec infiltration sanguine). Le foie, augmenté de volume, déborde le rebord des fausses côtes, son diamètre antéro-postérieur est de $0^m,22$, le transversal est de $0^m,32$. Cet organe adhère en plusieurs points avec les parties voisines, et plus particulièrement avec le diaphragme, à l'aide de fausses membranes allongées et blanchâtres. Au niveau de chacune des adhérences il existe, soit une dépression plus ou moins profonde et comblée en partie par du tissu fibreux, soit une petite tumeur

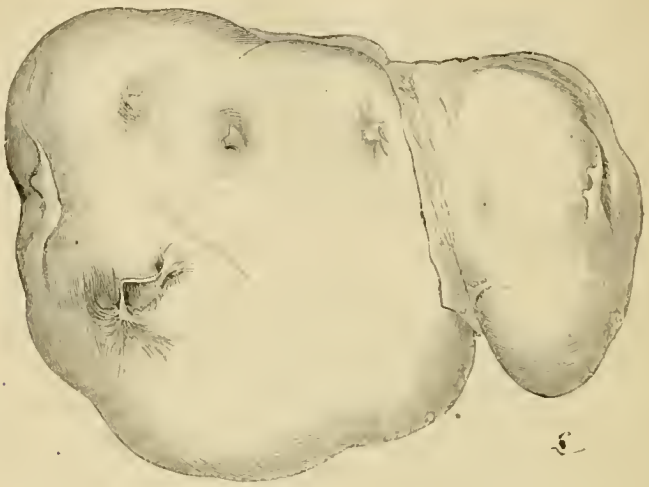


Fig. 3. — Hépatite gommeuse ($\frac{1}{5}$ du volume) (fig. tirée de notre Atlas d'anat. path.).

arrondie, blanchâtre, du volume d'un gros pois ou d'une noisette. La plupart des dépressions sont étoilées de trois branches, et les lèvres qui limitent la perte de substance sont réunies par de fins tractus de tissu conjonctif. Les tumeurs que l'on remarque à la surface du foie sont enveloppées d'un tissu fibreux blanchâtre et légèrement saillantes (voyez fig. 3). Assez abondantes et régulièrement disséminées à la surface convexe du foie, ces tumeurs sont beaucoup plus rares à la face concave de cet organe. On en rencontre plusieurs au niveau du bord droit; l'une d'elles donne lieu à une échancrure manifeste de ce bord. Une trame fibreuse au sein de laquelle se rencontrent des noyaux et des cellules arrondies, atrophiées, de nombreuses granulations graisseuses et quelques cristaux de cholestérine, telle est la constitution de ces tumeurs. Le tissu grisâtre circonvoisin contient simplement des cellules arrondies ou elliptiques et des fibres de tissu connectif (Voy. pl. I, fig. 5, 5′ et 5″). Les cellules hépatiques voisines sont remplies de graisse et déformées; mais celles qui sont situées dans le reste de l'étendue du foie sont à peu près normales. Les dépôts syphilitiques sont, pour la plupart, développés au pourtour d'un canalicule biliaire, car leur centre présente une tache jaune ou verdâtre, due à la présence de la matière colorante de la bile. Leur coloration est blanchâtre, leur consistance est assez ferme; quelques-uns d'entre eux, plus mous, sont en même temps plus jaunâtres. Après une section de l'organe, on aperçoit plusieurs points grisâtres vers lesquels convergent des sillons fibreux; de sorte que le tissu rétractile que nous avons vu, à la surface de l'organe, enveloppant les tumeurs gommeuses, se retrouve à l'intérieur et semble ainsi indiquer l'existence de tumeurs anciennes résorbées. La coloration du parenchyme hépatique est jaunâtre, ce qui tient aux nombreuses granulations graisseuses que renferment les cellules propres du foie. Dans plusieurs endroits où il n'existe pas de tumeurs, on trouve néan-

moins quelques canalicules dilatés, dont les parois épaissies renferment une matière colorante verdâtre.

La rate, augmentée de volume, est couverte de plaques laiteuses. Les ganglions de l'abdomen sont volumineux, d'un rouge grisâtre ou vineux, plus mous qu'à l'état normal et sans aucun doute altérés. Les reins sont pâles et décolorés, mais d'ailleurs sains. La vessie n'est pas altérée. Le tube digestif est intact, à part une ulcération de petite étendue, mais profonde, qui se rencontre sur la muqueuse à l'union de l'S iliaque et du rectum.

Les deux testicules sont altérés. Le gauche est augmenté de volume, la sensation qu'il fournit est celle d'un corps piriforme ferme, légèrement irrégulier, partout également résistant. Le droit, dont le volume est peu modifié, donne la sensation de points indurés et élastiques qui paraissent avoir pour siége la tunique albuginée. A gauche, le feuillet viscéral, la tunique fibreuse ou albuginée, et la substance testiculaire sont confondus entre eux et forment une masse jaune élastique, peu friable et d'une consistance uniforme; cette masse, du volume d'un gros œuf de poule, présente quelques bosselures à sa face antérieure, elle est uniquement constituée par un produit nouveau, sans canalicules spermatiques. Toutefois, au voisinage de l'épididyme, la tunique albuginée se distingue encore de la substance sous-jacente; la tunique vaginale s'y trouve épaissie, doublée d'une fausse membrane vasculaire; absence de liquide épanché. La substance, assez analogue à un jaune d'œuf bien cuit, qui remplace le testicule est composée d'une matière fibroïde, de noyaux et de cellules parsemées de granulations. On y trouve de nombreux amas de cristaux de graisse (*margarine*) et d'abondantes granulations graisseuses. Lorsque, par la dissection, on arrive à droite sur le feuillet pariétal de la tunique vaginale, on remarque la présence d'une vascularisation et un épaississement dû en partie aux adhérences qui unissent les deux feuillets. Ces adhérences sont nombreuses, et entre elles se trouve épanchée une petite quantité de sérosité. La tunique albuginée est épaissie aussi bien que les cloisons qui en émanent; par-ci par-là, on aperçoit de petites tumeurs blanchâtres plus ou moins molles; la substance testiculaire présente des stries jaunâtres, disposées suivant la direction des canalicules spermatiques; un grand nombre de ces derniers renferment des cellules épithéliales altérées et des granulations graisseuses. Dans les parties molles et jaunâtres, les gouttes d'huile et les granulations graisseuses sont abondantes; on trouve même des cristaux de cholestérine (pl. I, fig. 8 et fig. 8').

Sans parler ici de l'altération du foie, sur laquelle nous aurons à revenir, il y a lieu de penser que c'est dans les cas de ce genre et à la suite de l'envahissement de la tunique vaginale par le produit gommeux que l'on voit naître ces *fongus syphilitiques* du testicule qui naguère ont fixé l'attention des observateurs d'une façon plus particulière. On conçoit en effet que ce produit, venant à se ramollir, puisse enflammer, ulcérer et même perforer le scrotum, d'où son issue au dehors et l'accident décrit sous le nom de fongus. Ce mécanisme ne diffère en rien de celui que nous avons signalé à propos des gommes du tissu cellulaire sous-cutané. C'est à tort qu'on a voulu faire provenir cet accident d'une suppuration du produit syphilitique. Il est bien évident qu'en pareil cas les éléments glandulaires qui ont pu rester intacts, faisant hernie avec le dépôt gommeux, ne tardent pas à s'altérer, et que l'organe est toujours gravement compromis.

Étude symptomatique. — Les manifestations syphilitiques des testicules (orchites diffuse et circonscrite) ont un début insidieux; le malade ne s'aperçoit souvent de leur présence que par hasard ou par la gêne que détermine

l'augmentation du volume de l'organe malade. Celui-ci s'accroît peu à peu, il devient plus lourd, dur, ferme à la palpation ; il est inégal et bosselé lorsque des gommes ont leur siége à sa surface ou que des fausses membranes épaisses occupent la tunique vaginale. Dans ces conditions, un certain degré de tiraillement exercé sur le cordon produit quelquefois des douleurs lombaires ou abdominales, et, suivant A. Cooper, le testicule lui-même serait parfois le siége d'une douleur peu intense s'exaspérant la nuit.

La sensibilité à la pression, si tant est qu'elle soit accrue au début, s'affaiblit avec la progression du mal, et le testicule peut devenir complétement indolore. Les bourses conservent leur coloration et leur souplesse, excepté dans les cas rares de fongus : le cordon et l'épididyme, le plus souvent intacts, sont enchâssés, le dernier du moins, dans la masse du testicule. Après un certain temps, l'organe affecté constitue une masse piriforme, très-dure, relativement lourde, lisse ou parsemée de petites inégalités ; dans l'un de nos cas, il donnait la sensation d'une agglomération de tumeurs volumineuses, bosselées, arrondies et élastiques ; d'autres fois, il est comme enveloppé d'une coque ferme et résistante ; ce sont là autant de différences dont l'anatomie pathologique rend parfaitement compte. L'hydrocèle, symptôme assez ordinaire du début de l'affection, est peu volumineuse, et la sérosité qui la constitue ne tarde pas à être résorbée quand les fausses membranes sont organisées. Contrairement à l'opinion de Curling, nos faits prouvent que les deux testicules participent le plus souvent à cette altération, que leur affection soit simultanée ou successive.

Les désirs vénériens sont faibles ou nuls. Les fonctions génératrices perdent peu à peu de leur énergie ; l'érection devient de plus en plus difficile ; la sécrétion du sperme diminue, elle peut cesser complétement, si les deux testicules sont lésés, et de là l'impuissance et l'infécondité si fréquemment liées à l'existence de l'orchite syphilitique. Il suffit toutefois que l'un des organes reste sain pour que, suivant la judicieuse remarque de Gosselin, il n'y ait aucun trouble appréciable des fonctions génératrices.

Le fongus consécutif à l'orchite syphilitique se présente sous forme d'une tumeur, en général régulière, d'une consistance partout égale, ayant assez l'aspect d'un chapeau de champignon. La surface de cette tumeur est granuleuse, elle sécrète un pus louable et de bonne nature. La peau qui la circonscrit est libre et intacte, les ganglions inguinaux correspondants sont sains.

L'orchite syphilitique tertiaire se manifeste tardivement, deux, trois, cinq, ou même dix ans après l'accident primitif, et simultanément avec les affections des viscères. C'est une affection toujours lente dans son évolution, et d'une durée qui parfois dépasse une année, subissant des phases diverses dont le dernier terme peut être la transformation fibreuse et l'atrophie de l'organe malade. La transformation calcaire de cette altération, quoique possible, ne repose sur aucun fait avéré. Quant à la suppuration, tout porte à croire que le testicule syphilitique n'y est pas plus sujet que les autres organes. Cette opinion, qui est celle du professeur Gosselin, de Ricord et la nôtre, a l'avantage de reposer sur des faits nombreux. La destruction du testicule est loin d'être un phénomène constant, et Curling

pense que l'orchite syphilitique guérit habituellement. En tout cas, il peut y avoir conservation de la fonction lorsqu'on fait intervenir assez tôt, c'est-à-dire avant l'atrophie complète des canalicules spermatiques, un traitement approprié. Gosselin a pu s'assurer que le sperme arrivait alors à recouvrer ses qualités normales. Les gommes des testicules, quand elles ne sont pas très-volumineuses, finissent par se résoudre, laissant à leur suite une destruction plus ou moins profonde; quelquefois leur ramollissement rapide donne lieu à des foyers qui ulcèrent les parties voisines, et de là un fongus simple, comme le démontrent les observations de Rollet, de Gosselin et de plusieurs autres observateurs.

Diagnostic. — Les affections avec lesquelles il est possible de confondre le sarcocèle syphilitique sont nombreuses. L'orchite blennorrhagique et toutes celles qui ont le canal de l'urèthre pour point de départ s'en distinguent par ce fait qu'elles sont précédées d'une uréthrite et qu'elles commencent par l'altération du cordon spermatique et de l'épididyme. L'orchite aiguë spontanée ou traumatique se reconnaît à une douleur vive avec gonflement du testicule et rougeur des bourses. L'orchite chronique non spécifique est plus difficilement séparable ; mais il y a lieu de croire que les faits qui ont servi à édifier cette dernière affection sont pour la plupart sous la dépendance d'une infection syphilitique méconnue. Quoi qu'il en soit, la tendance à affecter les deux testicules, la résistance à la suppuration, une infection syphilitique préalable, telles sont les circonstances qui plaident en faveur du sarcocèle syphilitique. Des douleurs lancinantes, un accroissement rapide, des bosselures saillantes et irrégulières qui ne tardent pas à se ramollir, l'altération consécutive des bourses et des ganglions lombaires, c'est en quoi consistent les signes qui caractérisent le carcinome des testicules, et qui le différencient de l'orchite syphilitique. L'orchite tuberculeuse débute par l'épididyme, elle n'envahit pas le corps entier de la glande, adhère bientôt aux bourses, et modifie l'état normal du scrotum de façon à produire en dernier lieu des abcès suivis de trajets fistuleux, ce qui n'arrive pas dans le sarcocèle syphilitique. De plus l'hydrocèle est très-rare dans l'affection tuberculeuse, qui du reste est le plus souvent accompagnée d'une lésion analogue de la prostate et des vésicules séminales.

Considérée en elle-même, l'affection syphilitique du testicule n'est pas dangereuse, puisqu'elle ne compromet en rien l'existence de l'individu et qu'elle cède le plus souvent à un traitement approprié. Dans quelques cas, pourtant, elle présente un certain degré de gravité en raison de sa longue durée, de la possibilité d'une transformation fibreuse ou calcaire et de la destruction des éléments sécréteurs, conditions dans lesquelles les fonctions génératrices se trouvent pour toujours abolies. Comme la plupart des affections syphilitiques, l'orchite est sujette à récidives, tant que la substance glandulaire n'est pas entièrement transformée.

AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES CANAUX DÉFÉRENTS, DES VÉSICULES SÉMINALES ET DE LA PROSTATE.

Ces différentes parties subissent rarement les atteintes de la syphilis; nous savons que dans l'orchite syphilitique le cordon spermatique est presque toujours intact, et que cet état d'intégrité est même un signe diagnostique. Ce canal, néanmoins, est quelquefois lésé par extension de l'altération du testicule (voy. p. 222); c'est par exception qu'il est primitivement affecté. Verneuil a vu une tumeur gommeuse du cordon, qui, au moment de son plus grand développement, formait une masse morbide du volume des deux poings. Dure, lardacée, remontant jusque dans la fosse iliaque, cette masse, qui était le siége de douleurs sourdes avec exacerbation, avait été prise tout d'abord pour un cancer. Une production pareille occupait la paroi antérieure de l'oreillette droite (1). Il existe plusieurs observations de tumeurs syphilitiques inguinales (Ricord, Sarrhos, Azam), et j'ai eu moi-même l'occasion d'en voir un cas; mais rien ne prouve que le cordon participât à ces altérations et surtout qu'il en fût le point de départ.

Il n'est pas démontré que les vésicules séminales aient jamais été le siége de désordres syphilitiques. En est-il ainsi de la prostate? Je ne le pense pas, en raison de l'existence, dans l'un des cas qui seront rapportés plus loin, d'une altération de cette glande, à laquelle il est difficile de ne pas attribuer une origine syphilitique. Il y a lieu de croire tout au moins que parmi les nombreuses tumeurs dont la prostate est le siége, quelques-unes pourraient bien provenir de la syphilis. J. L. Petit (2) se montrait déjà le défenseur d'une opinion qui consiste à attribuer une influence syphilitique à un certain nombre de tumeurs prostatiques; mais, de même que la plupart des auteurs qui l'ont précédé ou suivi (3), confondant la blennorrhagie avec la syphilis, il comprenait sous le nom d'engorgement syphilitique les altérations blennorrhagiques de la prostate. Cette remarque, faite par Béraud (4), nous paraît parfaitement exacte; l'erreur une fois signalée, il sera facile de faire à l'avenir, dans les affections prostatiques, la part de la syphilis et la part de la blennorrhagie.

§ 2. — Organes génitaux de la femme.

OVARITE SYPHILITIQUE.

Non moins importantes, mais moins fréquentes que les affections des testicules, les lésions syphilitiques des ovaires ont si peu fixé l'attention des observateurs, qu'un grand nombre de médecins doutent de l'action possible de la syphilis sur ces organes. Astruc (5) parle cependant de tophus, de squirrhes et de tumeurs ovariennes; mais ce qu'il dit à cet égard est telle-

(1) A. Verneuil, *Bull. de la Société anat.*, 2e série, t. I, p. 12, 1856; et *Dict. encyclop.*, t. II, p. 236.
(2) J. L. Petit, *Œuvres complètes*. Paris, 1844.
(3) Voyez André, *Dissertation*, etc., p. 46. — Swediaur, *loc. cit.*
(4) Béraud, *Des maladies de la prostate*. Thèse de concours. Paris, 1857.
(5) Astruc, *loc. cit.*, t. IV, p. 103.

ment vague et entaché des théories de l'époque, qu'il n'est guère possible de tenir compte de ses indications. Après Astruc, le docteur Richet est peut-être le seul auteur qui fasse mention de ces altérations; parlant des tumeurs du sein, « on y rencontre de plus, dit-il, une variété de tumeurs qui survient sous l'influence de la diathèse syphilitique: c'est ce que j'appellerai la tumeur syphilitique du sein, analogue à celle de nom semblable qu'on trouve au testicule et dont j'ai recueilli quelques observations pour l'ovaire (1). » L'histoire des affections syphilitiques des ovaires reste donc à faire tout entière. La fréquence relative de ces lésions n'est nullement connue; mais, en raison de leur structure fibreuse, les ovaires semblent particulièrement prédisposés aux manifestations de la syphilis. Celles de ces manifestations qui nous sont connues ont la plus grande analogie avec les lésions des testicules, et il y a lieu de leur reconnaître les mêmes formes anatomiques, diffuse et circonscrite. La forme diffuse ou ovarite syphilitique n'a été vue par nous qu'à la période atrophique; mais elle présente une telle ressemblance avec l'orchite syphilitique, qu'il est permis de croire qu'elle suit la même évolution, à savoir : au début, multiplication des éléments du tissu conjonctif et augmentation de volume de l'organe; plus tard, organisation ou développement complet de ces éléments, épaississement fibreux (2), induration; puis, rétraction et atrophie : c'est ce que paraissent indiquer plusieurs de nos faits où, chez des femmes non encore arrivées à l'état de la ménopause, nous avons trouvé des ovaires d'un volume ordinaire ou petit, mais entièrement fibreux, quelquefois parsemés de cicatrices et ne renfermant plus de vésicules de Graaf. La forme gommeuse de la syphilis ovarique présente la plus grande analogie avec l'orchite gommeuse, comme le prouve la figure 6 de la planche I, que nous devons à l'obligeance du professeur Richet. L'ovaire, volumineux, contient une masse molle, sèche, jaunâtre, qui trahit parfaitement son origine spécifique. Un cas communiqué par Lécorché à la Société de biologie (3) donne lieu de penser que ces productions sont susceptibles de se calcifier. « A la surface de la coque fibreuse de chaque ovaire, on aperçoit, dit notre collègue, des dépôts calcaires nombreux qui font effervescence avec l'acide azotique et qui se sont formés sans doute sous l'influence d'inflammations fréquentes et répétées. » Il s'agissait dans ce cas d'une femme atteinte de cachexie et présentant une syphilide papuleuse à la région frontale. On trouva dans les poumons trois masses qu'on crut tuberculeuses, mais que nous serions tenté de regarder plutôt comme des tumeurs gommeuses.

Les symptômes qui s'associent aux lésions dont il s'agit fixent peu l'attention; aussi, sans l'examen cadavérique, ces lésions passent-elles le plus souvent inaperçues. Une douleur sourde, obtuse, peu intense, semble constituer parfois le seul symptôme de la syphilis ovarique; mais un trouble plus

(1) Richet, *Traité d'anatomie chirurgicale*, p. 513, Paris, 1857.

(2) Une fille de trente-trois ans, morte d'accidents syphilitiques, présentait ce genre d'altération. L'un des ovaires, plus volumineux, était le siége d'une induration blanche disposée par plaques, il était manifestement lésé dans sa plus grande étendue, et adhérait à la trompe et aux parties voisines. Le col de l'utérus était infléchi sur la partie antérieure du corps.

(3) Comptes rendus de cette Société, année 1856, et *Gaz. méd.*, 743.

fréquent et très-difficile à constater, c'est l'abolition de la reproduction. L'anaphrodisie, la stérilité, sont en effet une conséquence nécessaire des désordres anatomiques que nous venons de signaler, pourvu toutefois que les deux ovaires soient affectés. En raison de leur siége, ces organes sont peu accessibles à nos moyens d'investigation; mais on peut néanmoins constater, dans certains cas, une augmentation de leur volume manifeste à la palpation abdominale et au toucher vaginal combinés. Chez une malade âgée de quarante-trois ans que nous avons observée à l'Hôtel-Dieu, en 1859, il existait, en même temps que des douleurs ostéocopes du crâne, deux tumeurs du volume d'un œuf, situées à la région des ovaires et allongées suivant la direction du ligament large. L'iodure de potassium administré, dans l'hypothèse d'une affection syphilitique des ovaires, amena une diminution rapide de ces tumeurs, et après vingt jours de traitement, quand la malade demanda sa sortie, on put constater que l'une d'elles, celle du côté gauche, avait diminué ou disparu, car on ne la retrouvait plus à la palpation. Une chute faite sur l'abdomen, telle était, au dire de la malade, l'occasion du développement de ces productions.

Le diagnostic de la syphilis ovarique est difficile; il repose, en dehors du trouble ou de l'abolition des fonctions génératrices, sur les antécédents morbides, la concomitance d'accidents syphilitiques, l'état cachectique, la présence de tumeurs dans les régions des ovaires, et la modification rapide qu'elles subissent sous l'influence d'un traitement spécifique. Le pronostic est sans gravité au point de vue de l'individu ; mais envisagé au point de vue de l'espèce, il est beaucoup plus sérieux.

AFFECTIONS SYPHILITIQUES DES TROMPES UTÉRINES, DE L'UTÉRUS ET DU VAGIN.

Bibliographie. — P. Maynard, dans *Luisini Aphrod.*, p. 392. — Gosselin, *Archiv. générales de médecine*, t. II, p. 145, 1848. — Robert, *Affections du col utérin.* Thèse de concours, Paris, 1848, p. 37 et 38. — Bernutz, *Des affections syphilitiques de l'utérus*, Mémoire lu à la Société médicale des hôpitaux, 1855. — S. Rossignol, *Aperçu médical sur la maison de Saint-Lazare.* Thèse de Paris, 1856. — Mac-Clintoock, *Sur les tumeurs des lèvres, du clitoris et du vagin*, Schmidt's Jahrb., t. CXIX, p. 56. — Sigmund, *Syphilis an dem Scheidentheile der Gebarmutter*, Spital Zeitung. 8 et 9, 1863.

J'écrivais, dans ma première édition : Il n'est, à ma connaissance, aucun fait certain d'altération syphilitique des trompes utérines, pourtant on conçoit la possibilité d'action de la syphilis sur les conducteurs des ovules. Depuis lors, Bouchard et Lépine (1) ont trouvé, chez une femme atteinte de tumeurs gommeuses du foie et du cerveau, les trompes utérines augmentées de volume et contenant chacune trois gommes de la grosseur d'une noisette, molles et rougeâtres.

L'utérus est sujet à des manifestations syphilitiques diverses. Gosselin, Robert, Bernutz, Rossignol, etc., ont étudié avec soin l'accident primitif et les localisations syphilitiques secondaires du col utérin. Mais l'utérus peut-il,

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1866, p. 756.

comme la plupart des organes internes, subir l'influence de la syphilis tertiaire? Dans son fameux *Traité des maladies vénériennes*, Astruc n'oublie pas plus les affections de la matrice que celles des autres viscères, et, après avoir parlé des ulcères de l'utérus, il signale le squirrhe vénérien qui souvent dégénère en cancer et produit par degrés la douleur, les élancements, l'ulcération. Vraisemblablement le cancer de l'utérus est ici en cause, il est difficile de songer à l'une de ces productions gommeuses communes dans d'autres viscères. Depuis Astruc, on s'est peu occupé des métropathies syphilitiques tertiaires. Whitehead (1) prétend que l'utérus peut devenir le siége de lésions spéciales dépendantes de la *lues venerea*. Ce sont : 1° l'hypertrophie, avec ou sans induration, occupant d'abord le segment inférieur de l'utérus, et s'étendant à une portion plus ou moins étendue ou à la totalité de cet organe; 2° l'érythème, présentant une surface d'un rouge foncé, lisse ou parsemée d'élevures blanches, connues sous le nom d'hypertrophies folliculeuses ; 3° les excoriations ; 4° les ulcérations aphtheuses ; 5° l'endométrite; 6° les excroissances verruqueuses. Ces lésions, en admettant qu'on pût les rattacher à la syphilis, ce qui n'est rien moins que prouvé, appartiendraient aux premières périodes plutôt qu'à la dernière; mais rien ne conduit à penser que la plupart d'entre elles aient une origine syphilitique, on pourrait même dire que c'est tout l'opposé.

Quelques faits portent cependant à soupçonner une lésion tertiaire de l'utérus, si l'on s'en rapporte uniquement aux bons effets d'un traitement spécifique. Ainsi, dans deux cas rapportés l'un par Duparcque (2), l'autre par Montanier (3), on vit survenir la disparition d'accidents utérins sous l'influence d'un traitement ioduré. Mais il faut dire que ces faits très-incomplets sont loin d'être irréprochables, et que la lésion utérine n'a pas été constatée *de visu*; de sorte que les données touchant l'altération syphilitique de l'utérus sont des plus pauvres. Ne serait-il pas possible d'expliquer cette pénurie par la facilité qu'il y a de confondre ces altérations avec les lésions les plus ordinaires de l'utérus, les tumeurs fibreuses en particulier? L'examen de la malade et de toute la maladie doit être ici de la plus grande importance pour la détermination anatomique et clinique des affections en question. La marche assez différente des lésions cancéreuses et des lésions syphilitiques finirait certainement par éclairer le diagnostic, s'il restait douteux.

Le vagin, rarement affecté dans les périodes primitive et secondaire, est encore moins fréquemment lésé dans la période tertiaire de la syphilis. Jusqu'ici, il est peu d'altérations de ce canal auxquelles il soit possible d'attribuer sûrement une origine syphilitique. Le vagin, pourtant, peut être le siége de tumeurs gommeuses, d'ulcérations plus ou moins profondes, lesquelles, en se cicatrisant, sont susceptibles d'amener un rétrécissement plus ou moins considérable. Si dans les travaux récents nous trouvons peu de faits à l'appui de cette manière de voir, disons que l'on peut en rencontrer quelques-uns chez les anciens auteurs. Le cas suivant ne manque pas d'intérêt, malgré son ancienneté. « Mulierem etiam vidimus (dit

(1) Whitehead, *De la transmission des parents aux enfants de quelques formes de maladies*. Londres, 1857. Analyse dans *Archives générales de médecine*, t. II, p. 375, 1857.

(2) Duparcque, *Maladies de la matrice*, p. 133. Paris.

(3) Montanier, dans *Gaz. des hôpitaux*, 1862, p. 450.

Ant. Benivenius), cui *morbus* quem vulgo *gollicum* appellant, *totam vulvam eroserat*, et incuria medici, *quicquid erosum fuerat, oris invicem junctis obcalluit. Indeque sola urina*, et *ea ex parvo quidem foramine reddebatur*. Huic nos (propterea quod callus ipse altior esset, quam ut citra mortis discrimen incidi posse æstimaremus) consuluimus, ut incurata potius vivere, quam tanto se periculo exponere, vellet, (1). » Cette dernière lésion, qui peut mettre obstacle à l'accouchement, est, comme celles qui portent sur l'utérus et les ovaires, susceptible de produire un symptôme déjà signalé par Astruc (2). Ce symptôme, de causes multiples, est la stérilité que l'on observe d'une façon malheureusement trop fréquente dans le cours de la syphilis ; il en est un autre qu'il n'est pas moins important de connaître, c'est l'avortement ; mais ce dernier effet de la syphilis, le plus souvent inhérent au fœtus, quelquefois aussi à une lésion du placenta ou de la matrice, nous occupera plus loin.

§ 3. — Organes urinaires dans les deux sexes.

AFFECTIONS SYPHILITIQUES DU CANAL DE L'URÈTHRE, DE LA VESSIE ET DES URETÈRES.

Une certaine analogie de structure conduit à penser que le canal de l'urèthre peut être le siége d'altérations syphilitiques analogues à celles que l'on observe dans le conduit trachéen ou dans le canal digestif. L'observation, suivant quelques auteurs, serait venue confirmer les prévisions de l'esprit, en montrant dans les canaux urinaires et dans les conduits aériens des désordres anatomiques assez semblables.

« Les ulcérations et les cicatrices du canal de l'urèthre sont très-bien connues, dit Virchow, elles ont exactement le même caractère que celles du larynx ; j'ai rencontré quelquefois ces lésions dans l'urèthre de la femme, et j'ai décrit avec détail (3) le cas d'une personne chez laquelle l'ulcération s'était étendue jusqu'à la vessie et était cicatrisée. » Nos faits ne nous permettent malheureusement ni de confirmer, ni d'infirmer les assertions du professeur de Berlin ; mais nous ne pouvons nous dissimuler que l'étude des lésions syphilitiques tertiaires de la membrane muqueuse et du tissu sous-muqueux du canal de l'urèthre exige des recherches plus complètes. Relativement aux altérations des corps caverneux, nous possédons des données un peu plus étendues. « Quelquefois, dit Ricord (4), chez un malade à la troisième période de la vérole, il arrive qu'un petit point dur se manifeste dans les corps caverneux de la verge ou dans l'un d'eux. Un jour, sans avoir été averti par aucune douleur, par aucun phénomène appréciable, le malade sent, dans l'épaisseur de la verge, une petite dureté de la grosseur d'un grain de millet. Peu à peu cette dureté augmente de volume, va progressant, soit d'un seul, soit des deux côtés à la fois, sans occuper un point des corps caverneux de préférence à tout autre : ainsi, on la trouve aussi bien en dessous qu'en dessus ou latéralement. La

(1) *De abditis morbor. causis*, obs. XXXI, p. 235, et *Aphrodis.* de Gruner, p. 85.

(2) Astruc, *Traité des maladies vénériennes*, l. IV, p. 15 et 104.

(3) Virchow, *Würzburger Verhandlungen*, vol. III, p. 366. — Comparez H. Veale, *Gaz. méd.*, 1868, p. 269.

(4) Ricord, *Induration syphilitique du corps caverneux et affection semblable de la sclérotique* (*Gaz. méd.*, 1841, p. 136.)

maladie marche lentement, sans douleur aucune ; mais à mesure que l'induration fait des progrès, la verge commence à dévier de la ligne droite, et voici ce qui arrive : si l'on a affaire, par exemple, à une induration latérale d'un seul corps caverneux, le tissu érectile prend sa perméabilité dans le point induré ; que le malade ait une érection, le corps caverneux du côté sain se gonfle seul, le corps caverneux malade reste avec les dimensions qu'il présente à l'état de flaccidité, et la verge décrit une ligne courbe à concavité latérale ; le malade présente une érection qu'on pourrait appeler inguino-crurale, l'extrémité de la verge regardant le pli de l'aine. L'induration a-t-elle pour siége le dos de la verge, celle-ci se redresse pendant l'érection, et forme un arc de cercle à concavité supérieure, le gland venant rejoindre la symphyse du pubis. Nous avons observé toutes les variétés de la maladie que nous décrivons, et nous avons vu certains malades chez lesquels la verge décrivait un anneau complet. »

Les altérations syphilitiques de la vessie, si elles existent, ce qu'il y a tout lieu de supposer, sont jusqu'ici fort peu connues. Follin (1) a présenté à la Société de biologie la vessie d'une femme sur la muqueuse de laquelle il y avait une douzaine de petites tumeurs larges comme une lentille, s'élevant d'un millimètre à la surface de la vessie et présentant une grande ressemblance avec les tubercules muqueux qui se manifestent sur les grandes lèvres de la vulve. La nature syphilitique de ces productions parut d'autant plus probable que la femme sur laquelle elles furent observées avait le voile du palais et la voûte palatine détruits par une affection vénérienne. Mais, outre que la ressemblance dont il est ici question ne suffit pas pour que l'on admette l'origine syphilitique, les tubercules muqueux ne coexistent généralement pas avec les affections tertiaires, telles que la perforation de la voûte palatine. Nous ne croyons pas davantage qu'il faille voir une lésion syphilitique dans un certain épaississement de la paroi vésicale noté dans l'observation VII du travail de Virchow, pas plus que dans d'autres cas où il existe tout à la fois une ulcération de l'urèthre et une cicatrice de la vessie. L'hypertrophie des parois vésicales, l'atrophie de ces mêmes parois, sont des lésions qui se trouvent encore dans un certain nombre d'observations ; mais il n'est nullement prouvé qu'elles reconnaissent la syphilis pour cause.

Les lésions syphilitiques des uretères et des bassinets sont à chercher, et bien qu'il y ait lieu de penser que certains cas d'hydronéphrose peuvent avoir une cause syphilitique, il faut bien avouer que, jusqu'à ce jour, les faits manquent pour établir sûrement cette vue de l'esprit.

NÉPHRITE SYPHILITIQUE.

Bibliographie. — Rayer, *Traité des maladies des reins*. Paris, 1840. — Thouvenel, dans *Gazette des hôpitaux*, n° 74, 1858. — Jaksch et Finger, Deutsche Klinik, 1850. — Frerichs, *Die Bright'sche Nierenkrankheiten und deren Behandlung*, Braunschweig, 1851. — Virchow, *La syphilis constitutionnelle*, trad. franç. Paris, 1859. — Tungel, *Mittheilungen*, etc. Hamburg, 1861. — Bazin, *Leçons sur les syphilides*, p. 23. — Barde, *De syphiliticis renum affectionibus*, Diss. Inaug. Berlin,

(1) Follin, *Gaz. méd. de Paris*, p. 492, 1849.

1863. — Lancereaux, *Études sur les lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle*, Gazette hebdomadaire, 1864. — Cornil, *Mémoire sur les lésions anatomiques du rein dans l'albuminurie*. Thèse de Paris, 1864. — Guiol, *Essai sur l'albuminurie syphilitique*. Thèse de Paris, 1867. — W. Moxon, *A contribution to the History of visceral syphilis*, Guy's Hosp. Reports. London, 1868, p. 329.

Les auteurs du dernier siècle, et Astruc lui-même, si prodigue en fait de manifestations syphilitiques viscérales, passent sous silence les lésions rénales, vraisemblablement parce qu'ils méconnaissent la valeur séméiotique de l'albuminurie. C'est à l'un de nos maîtres que revient l'honneur d'avoir signalé ces lésions. « Il n'est pas facile, dit Rayer, de bien apprécier l'influence que peut exercer la syphilis constitutionnelle sur le développement de la néphrite albumineuse ; car il est bien rare de voir cette dernière maladie chez des individus atteints de syphilis constitutionnelle qui n'aient pas été soumis à l'action d'autres causes dont l'influence sur le développement de la maladie des reins ne peut être contestée. Cependant, j'ai vu des cas où l'influence de l'affection vénérienne constitutionnelle m'a paru si frappante, que je n'ai pas hésité à attribuer, au moins en grande partie, le développement de la maladie des reins à la cachexie vénérienne. »

Les médecins anglais, Wells, Blackall, Gregory, avaient antérieurement observé ce même désordre dans le cours de la maladie vénérienne ; mais, loin de rapporter l'affection rénale à la syphilis constitutionnelle, ils l'attribuaient à l'action du mercure mis en usage pour le traitement de cette maladie. Rayer opposa, avec raison, à cette manière de voir, qu'il est rare que l'urine devienne albumineuse par l'effet des préparations mercurielles, lorsqu'on les administre contre les symptômes primitifs de la maladie vénérienne ; qu'il est plus rare encore d'observer des hydropisies avec urine coagulable chez des doreurs atteints de tremblement mercuriel ou d'autres maladies dépendantes du mercure. Toutefois, évitant d'adopter une opinion par trop exclusive, cet auteur considère comme probable que dans un certain nombre de cas l'affection des reins et l'hydropisie sont le résultat simultané ou successif de plusieurs causes.

Thouvenel, Jaksch, Finger, Engel, ont constaté plusieurs fois l'existence de l'albuminurie chez des syphilitiques. Frerichs pose la question de savoir si la syphilis constitutionnelle contribue au développement de la maladie de Bright, comme cachexie, à la manière des suppurations profuses, ou bien si, comme dyscrasie, elle occasionne des exsudats dans les reins, ainsi que dans les os et dans le foie. Cette dernière causalité ne paraît pas prouvée à cet auteur ; il reconnaît cependant que les individus atteints de syphilis sont fréquemment frappés d'albuminurie. Le problème qui s'agite en pareil cas est complexe et souvent embarrassant. Tantôt on voit se déclarer tous les phénomènes de l'albuminurie chez des personnes qui sont ou qui ont été en puissance de syphilis, sans qu'il y ait de liaison directe ou du moins nettement établie entre la maladie générale et l'albuminurie, comme dans les observations d'altération amyloïde des reins publiées par Grainger-Stewart (1). Tantôt, au contraire, l'affection rénale revêt des caractères qu'il est difficile, sinon impossible, de ne pas rattacher à la syphilis. En effet, elle se manifeste sous les

(1) Grainger-Stewart, *Edinburgh, Med. Journ.*, p. 97, Aug. 1864.

mêmes formes anatomiques, diffuse et circonscrite, que nous rencontrons dans d'autres organes (1).

Étude anatomique. — La néphrite diffuse est constituée par une végétation nucléaire et cellulaire des éléments constitutifs du stroma conjonctif à laquelle succèdent une organisation le plus souvent incomplète et une dégénération graisseuse presque constante. Les reins, de consistance moyenne, ont tout d'abord leur surface lisse, décolorée, parsemée de points jaunes et de stries rougeâtres. Plus tard, fermes et résistants au toucher, ils sont sur quelques points déprimés ou mamelonnés, par suite de l'atrophie progressive résultant de la propriété rétractile du tissu de nouvelle formation. Dans un cas rapporté par Rayer, les deux reins sont sensiblement diminués de volume, ils sont comme ratatinés, leur substance est beaucoup plus dure que dans l'état sain, leur couleur est jaunâtre et leur surface offre un grand nombre d'inégalités, de petites bosselures, de mamelons, de rugosités. Meyer, à propos d'un cas particulier, fait aussi mention de l'atrophie du rein. Dans l'une de mes observations, la couche corticale n'avait que deux millimètres d'épaisseur, les colonnes de Bertin étaient petites et atrophiées, la substance médullaire offrait une coloration jaunâtre avec aspect lardacé. Consécutivement aux altérations du stroma, survient l'altération des éléments actifs des reins. Les corpuscules de Malpighi, tassés et comprimés par les éléments du tissu conjonctif, peuvent s'atrophier, et plusieurs de nos observations font mention de cette atrophie en même temps que de l'épaississement et de l'adhérence de la capsule au parenchyme rénal. Quant aux épithéliums, ils subissent peu à peu la dégénérescence graisseuse. Quelquefois il existe une dégénérescence amyloïde qui s'oppose à la diminution de volume ; mais ce n'est jamais qu'une altération indirecte du genre de celle que nous étudierons plus loin dans le foie. Un fait qui se rattache à cette altération a été récemment communiqué à la Société médicale des hôpitaux par le docteur Lailler (2).

De ce qui précède il est facile de conclure que les reins affectés de néphrite syphilitique présenteront des caractères susceptibles de varier avec la marche du processus pathologique, la période de son évolution, et qu'ils pourront être modifiés dans leur forme par l'existence d'une dégénérescence amyloïde concomitante. Par sa localisation à une portion des reins, cette altération se distingue de la néphrite goutteuse, qui est toujours généralisée.

La néphrite circonscrite ou gommeuse, quoique peu fréquente, n'en est pas moins incontestable. Tungel et Cornil en ont rapporté chacun un cas (3). C'est aussi de productions gommeuses qu'il s'agit dans l'une de nos observations, où se rencontrent, à la surface et dans l'épaisseur même de la substance corticale des reins, de petites tumeurs du volume d'un pois, d'une coloration

(1) Sur 20 observations de syphilis viscérale qui nous sont personnelles, nous avons trouvé : Néphrite interstitielle, 4 fois (2 fois avec dégénérescence cirrheuse) ; petites tumeurs gommeuses, 1 fois ; cicatrices de la surface avec atrophie, plusieurs fois ((*Bullet. de l'Académie de méd.* Janvier 1864).

(2) *Gazette hebdomad. de médecine et de chirurgie*, p. 254, 1865.

(3) Je ne parle pas ici d'un observation rapportée par Féréol. L'altération qui s'y trouve décrite est plutôt une néphrite suppurée qu'une gomme du rein.

d'un blanc jaunâtre, et offrant à l'examen microscopique les éléments cellulaires et nucléaires propres à ce genre d'altération. La surface des reins était d'ailleurs altérée et cicatrisée sur quelques points. Les tumeurs gommeuses des reins ont une consistance ferme, le volume d'un pois environ ; elles sont circonscrites par une zone grisâtre semi-transparente, et, dans leur période d'état, elles sont constituées à leur circonférence par un tissu conjonctif jeune, à leur centre par des éléments cellulaires en voie d'altération graisseuse.

Les lésions avec lesquelles ces productions ont le plus de ressemblance, sont les tubercules et les infarctus hémorrhagiques. Les tubercules coexistent habituellement avec des granulations grises dont l'existence, dans le poumon du moins, est pour ainsi dire constante ; ils envahissent les reins du sommet à la base des pyramides. Dans un cas qui s'est présenté à notre observation, un tubercule développé au sein de la substance corticale des reins aurait pu passer pour une gomme sans l'existence d'une phthisie granuleuse des poumons. Dans ce cas pourtant, la fusion assez complète du néoplasme tuberculeux avec le tissu rénal du voisinage, et le ramollissement diffluent des parties centrales de ce produit, pouvaient jusqu'à un certain point le différencier des gommes syphilitiques. La coloration brunâtre ou violacée des infarctus hémorrhagiques, et en son absence la composition histologique de ces lésions constituées uniquement par les éléments propres du rein et des globules sanguins en voie de transformation régressive, sont des circonstances suffisantes pour qu'il n'y ait pas lieu de les confondre avec les dépôts syphilitiques.

La néphrite syphilitique, diffuse ou circonscrite, est, par le fait même de sa constitution, souvent suivie de cicatrices et de dépressions plus ou moins profondes de la surface des reins. Déjà notées par Rayer, ces cicatrices se retrouvent dans plusieurs des cas de syphilis viscérale rapportés par Leudet. On lit dans l'observation XIII : « les reins, diminués de volume et d'une teinte jaunâtre cireuse uniforme, offrent une surface interrompue par des cicatrices et des dépressions profondes, noirâtres, sans matière colorante contenue dans les cicatrices. » Les reins, dans la plupart de nos observations de syphilis viscérale sont semés de sillons cicatriciels, ou même de dépressions dues à l'atrophie de la substance parenchymateuse. Ces cicatrices sont en général peu profondes, d'une étendue variable, irrégulièrement disséminées, et leur fond se trouve constitué par un tissu fibreux blanchâtre, qui n'est souvent que la capsule épaissie, au sein duquel ne se rencontre aucune trace de matière colorante ; ou bien ce sont des dépressions profondes d'où partent en rayonnant des sillons de peu d'étendue. Ces altérations ont une grande analogie avec les dépressions et les cicatrices qui succèdent aux infarctus hémorrhagiques. Mais ces infarctus se reconnaissent à l'intégrité habituelle de la capsule fibreuse et à la présence assez ordinaire de la matière colorante du sang à leur niveau. Ils présentent de plus une disposition particulière qui n'est pas sans relation avec la distribution des vaisseaux sanguins, et ils coexistent habituellement avec une affection cardiaque.

Étude symptomatique. — Les signes physiques sont ici sans valeur, en raison de l'extrême difficulté que présente l'exploration des reins, organes profondément situés et appendus de chaque côté de la colonne lombaire. Quant

aux troubles fonctionnels, ils n'existent que dans un certain nombre de cas, et c'est dans la forme inflammatoire ou néphrite interstitielle qu'on a le plus souvent l'occasion de les rencontrer. On conçoit leur peu d'importance dans la néphrite gommeuse, où le rein n'est le plus souvent lésé que dans une faible portion de son étendue. L'albumine filtre dans les urines, le plus souvent en petite quantité, même dans les cas où il y a une dégénérescence amyloïde ou graisseuse concomitante. L'albuminurie syphilitique, de même que la plupart de celles qui se lient à une affection chronique des reins, est accompagnée d'œdème ou d'anasarque. Ces derniers symptômes, en général peu marqués, font quelquefois défaut, contrairement à ce qui est observé dans les cas où la lésion rénale reconnaît une origine scrofuleuse. Lorsqu'elle persiste, cette albuminurie, indice d'une lésion grave des reins, peut entraîner à sa suite l'ensemble des phénomènes connus sous le nom d'urémie : tantôt des vomissements et de la diarrhée, tantôt des désordres cérébraux, et un coma mortel. Dans le cas d'un malade qui seulement deux ans plus tôt avait été traité à l'hôpital du Midi pour une éruption syphilitique, la mort fit suite à un coma de courte durée : la seule lésion qui vînt expliquer un pareil dénouement fut une néphrite avec dégénérescence amyloïde.

La marche des affections syphilitiques des reins est lente et continue, leur durée longue, et leur terminaison le plus souvent fatale. Je ne sache pas qu'on ait observé un seul cas de guérison avérée et durable toutes les fois qu'on a eu affaire à une albuminurie syphilitique déjà ancienne ; cependant cette guérison semble possible, à la condition qu'un traitement approprié soit mis en usage assez tôt. L'amélioration rapide que nous avons constatée dans quelques cas où il s'agissait d'une lésion déjà ancienne, est tout au moins propre à donner quelque espoir en pareille occurrence.

Diagnostic. — Les antécédents du malade, les manifestations syphilitiques concomitantes, un état de cachexie spécial, telles sont les circonstances qui mettront sur la voie du diagnostic. N'oublions pas que la présence d'une affection spécifique extérieure n'est pas toujours nécessaire pour arriver à reconnaître la néphrite syphilitique, et qu'il suffit souvent de la simple altération concomitante d'un viscère. En effet, les manifestations syphilitiques des reins et du foie coexistent fréquemment, et la déformation de ce dernier organe chez un malade atteint d'albuminurie constitue une grande présomption, sinon une certitude, en faveur d'une syphilis viscérale. Cette coexistence se rencontre dans plusieurs de nos observations, et n'a pas fait défaut depuis que notre attention est fixée sur ce point ; elle est d'ailleurs notée dans l'excellent ouvrage de Rayer. L'observation suivante en est un exemple.

Alopécie, puis syphilide tuberculeuse et exostose. Augmentation du volume du lobe droit du foie et déformation de cet organe. Albuminurie, suivie d'amélioration.

Obs. XXVI. — La nommée P..., âgée de cinquante-deux ans, est une femme d'une bonne constitution, qui, en fait de maladies aiguës, accuse deux fluxions de poitrine. Sa mère est morte d'une hydropisie, à l'âge de soixante-quatre ans ; son père a vécu jusqu'à soixante-dix-huit ans. Il y a douze ans, son mari, homme débauché, était souffrant depuis plusieurs mois, lorsqu'elle s'aperçut de la présence,

à l'aine gauche, d'un bouton qui suppura et dura quatre mois; il existe aujourd'hui une cicatrice en ce point. A la même époque, chute de cheveux sans mal de gorge ni éruptions; courbature générale, fatigue excessive, teinte jaunâtre, terreuse, de la peau. Tous ces phénomènes disparurent au bout de trois semaines d'un traitement spécifique. Environ six mois plus tard, apparut sur la partie antérieure et supérieure du tibia gauche une syphilide circonscrite, tuberculeuse, aujourd'hui reconnaissable aux cicatrices blanches et déprimées qui existent en cet endroit. Malgré un nouveau traitement, qui dura deux mois, la syphilide persista. Plus tard survint, au dire de la malade, un gonflement rougeâtre qui se termina par une large ulcération qu'on voit encore aujourd'hui à la face antérieure et inférieure de la jambe droite.

Il y a environ trois mois, cette femme sentit ses forces diminuer progressivement : elle s'amaigrit, et remarqua que la teinte de sa peau prenait une coloration pâle et terreuse. En même temps elle éprouvait à la région épigastrique et à l'hypochondre droit une sensation de gêne et de malaise que remplaça bientôt une douleur sourde continue, avec élancements et picotements revenant par intervalles. Puis s'ajoutèrent à ces symptômes des douleurs térébrantes de la tête, avec exacerbations nocturnes intenses; le sommeil devint impossible, et, ne pouvant plus travailler, la malade entra à l'Hôtel-Dieu, le 29 mai 1863. La physionomie exprime la souffrance; la malade se plaint d'une céphalée intense, qui l'empêche de marcher; elle éprouve des étourdissements qui ne lui permettent plus de se tenir debout; elle délire par instants. Alopécie; hyperostose du tibia droit; ulcération de la jambe du même côté. Respiration normale, mais pouls fréquent et battements du cœur précipités. Anorexie depuis le début de la céphalée; pas de vomissements, mais sensation douloureuse vive et lancinante à l'épigastre et à l'hypochondre droit, accrue par les mouvements du tronc, la pression et même la simple palpation du foie. Cet organe est irrégulier dans sa forme; son lobe droit, inégal, bosselé et très-développé, descend au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'ombilic, tandis que le lobe gauche est à peu près inappréciable à la percussion et à la palpation; la matité disparaît en effet à partir du bord externe du muscle grand droit abdominal du côté droit. La rate n'est pas sensiblement augmentée de volume. Les urines, pâles, contiennent une notable quantité d'albumine. La peau est remarquable par sa teinte sale, jaune bronzé.

Le 3 juin, la malade est soumise à une médication spécifique : iodure de potassium 2 grammes dans les vingt-quatre heures. Deux jours plus tard, disparition complète de la céphalée. Peu de temps après, cessation des douleurs spontanées de l'épigastre et de l'hypochondre droit. La physionomie devient plus naturelle, la teinte de la peau est meilleure, la malade dort, reprend peu à peu ses forces et même son embonpoint. L'ulcère de la jambe se cicatrise. Le foie paraît diminuer de volume, mais il reste toujours douloureux à la pression. Les urines, traitées par la chaleur et l'acide nitrique, continuent de donner un précipité albumineux. Le 18 juin, plus d'albumine dans l'urine. Les forces continuent à s'accroître, et, à part l'ulcère de la jambe et la douleur du foie à la pression, la malade se trouve très-bien. Même état les jours suivants. Le 16 juillet, la malade est toujours mieux. Les urines sont rendues en quantité normale; elles sont moins pâles. Traitées de nouveau par la chaleur et l'acide nitrique, elles précipitent très-légèrement. Leur densité est de 1,020. A l'examen microscopique, on constate l'existence de quelques cellules granuleuses, provenant des tubes urinifères, et la présence de nombreux globules granuleux analogues aux leucocytes. La malade continue son traitement jusqu'au 4 juin où elle demande sa sortie. Elle conservait alors une légère augmentation du volume du lobe droit du foie, mais les urines précipitaient fort peu par la chaleur et l'acide nitrique. Elle avait d'ailleurs recouvré ses forces, et repris un certain embonpoint.

Un fait que j'ai observé récemment vient confirmer le résultat favorable du traitement spécifique employé pour combattre la néphrite syphilitique. Un homme âgé de quarante-deux ans contracta, en 1867, un chancre de la verge

qui fut suivi de plaques muqueuses de la bouche et d'une éruption douteuse. Admis, le 29 novembre 1871, dans l'un des pavillons de l'hôpital Saint-Antoine, cet homme y était un peu oublié. Dans le courant de l'hiver, il était d'une grande pâleur, et vers le mois de mars, en même temps qu'il était atteint d'anasarque, il fut pris d'épistaxis, de vertiges et d'étourdissements, autant de phénomènes indicateurs du début d'une intoxication urémique ; ses urines étaient d'ailleurs chargées d'albumine. Je lui donnai un lit dans ma salle, et, peu de temps après, il me fit remarquer qu'il était porteur d'une tumeur solide, ferme, arrondie, du volume d'une pomme d'api, siégeant dans la mamelle gauche à la partie externe et supérieure du mamelon. Peu de temps après, une tumeur semblable apparaissait au-dessus du sein droit. L'iodure de potassium fut administré en avril, et bientôt la première tumeur, puis la seconde, commencèrent à diminuer de volume. En même temps, la santé générale du malade s'améliora notablement, les forces et les couleurs revinrent en partie, l'anasarque disparut. L'albuminurie, quoique moins abondante, persistait encore le 10 juin, quand le malade nous quitta.

Ces faits semblent indiquer que les affections syphilitiques des reins sont d'un pronostic relativement favorable. Pourtant il ne faut pas s'y tromper. Quand ces affections sont accompagnées de lésions hépatiques et compliquées de cachexie, elles sont toujours graves. « Je connais peu de maladies, écrit Rayer, qui offrent aussi peu de chances de guérison que ces cas complexes : ces complications de la syphilis invétérée avec des altérations du foie et des reins sont presque toujours incurables. Cependant j'ai été assez heureux, tout récemment, pour améliorer la constitution détériorée d'un malade de notre hôpital qui se trouvait dans une semblable condition, et chez lequel l'urine est devenue de moins en moins albumineuse, après deux mois d'un traitement qui a consisté dans l'usage de la tisane de Feltz, des pilules de Sédillot et de l'extrait gommeux d'opium. »

ARTICLE IV. — APPAREIL DE LA DIGESTION.

§ 1. — Affections syphilitiques de la bouche et du pharynx.

BIBLIOGRAPHIE. — Nicolas MASSA, dans *Aphrodisiaeus*, t. I, p. 44, signale les gommes du pharynx et leur ulcération, l'asthme et la diarrhée qui leur font suite. — GABRIEL FALLOPE, *De morbo Gallico tractatus*, cap. 97 et 98. — W. H. BUCHOLTZ, *De cicutæ efficacia in ulceribus faucium et veli palatini venereis*. Nova acta Academ. nat. curios., t. IV, p. 261. — Van SWIETEN, *Commentaria in Hermann Boerhaave Aphorismos*, t. V, p. 369, Paris, 1773. — E. HORN, *Versuche über Wirksamkeit des Eisens in veralteten, vermischten und mit mercurial Cachexie verbundenen Geschwüren*. Archiv für med. Erfahrung, 1 Bd., 1 Heft. — BABINGTON, dans *Œuvres complètes de J. Hunter*, t. II, p. 558. — MAISONNEUVE, *Des tumeurs de la langue*. Thèse de concours, Paris, 1848. — BOUISSON, *Gaz. méd. de Paris*, 1846. — GAMBERINI, *Bull. della Soc. di Bologna*, 1847 et juin 1848. — FANO, *Sur les tumeurs du voile du palais*. Thèse de concours, Paris, 1857. — SIGMUND, *Das papulöse Syphilid am weichen Gaumen und an den Mandeln*. Œsterr. Zeitschr. fr. prakt. n° 35, 1858. — W. J. COULSON, The Lancet, t. II, 20 novembre 1862. — LAGNEAU, *Des tumeurs gommeuses de la langue*. Archiv. génér. de médec., t. I, p. 217, 1860. — C. ADLER, *Die syphilitischen Geschwüre der Zunge*, Wien. med. Halle, I, n°s 3 et 6, 1861. — VOGEL, *Syphilitische Affect. des Pharynx und Larynx*, Petersb. med. Zeitschr., XIV, p. 52. — A. FOUR-

NIER, *De la syphilide gommeuse du voile du palais.* Gaz. des Hôpitaux, 560, 1867. — Emm. KOHN, *Zur Path. und Therap. d. Pharyngealerkrank. Syphil.*, Wien. med. Presse, IX, 44, 46, 1868. — J. WEST, *Rétrécissement syphilit. du pharynx et de l'œsophage*, The Lancet, 9 août 1872.

De même que les lésions primitives et secondaires de la bouche et du pharynx diffèrent à peine du chancre génital et des éruptions cutanées, de même les affections tertiaires de ces parties ont la plus grande analogie avec celles de la peau et du tissu cellulo-adipeux. Cette analogie, qui nous a frappé, n'a pas échappé à nos prédécesseurs, qui ont signalé la fréquente coexistence de ces affections avec les altérations profondes et tardives du tégument externe. Mais s'il n'y a pas de différence notable dans la constitution de la lésion élémentaire suivant que l'un ou l'autre tégument est atteint, l'évolution de cette lésion varie quelque peu avec la texture de la partie affectée. Le voile du palais, la voûte palatine, la langue, le pharynx, les amygdales, sont le siége de ces affections, qui apparaissent à des époques un peu différentes. Plus précoces, les unes, sous forme d'ulcères, sont assimilables au rupia et au tubercule de la peau ; plus tardives, les autres se rapprochent plutôt des gommes du tissu conjonctif sous-cutané.

ULCÈRES TARDIFS ET PROFONDS.

Les amygdales, le voile du palais et ses piliers, la partie supérieure et postérieure du pharynx, sont les lieux de prédilection de ces accidents, que Babington, dans les cas de coexistence avec le rupia, fait débuter à la surface de la membrane muqueuse par une petite ulcération putride qui se transforme de bonne heure en une gangrène rapide et étendue. Le voile du palais se tuméfie et s'abaisse ; les tentatives pour l'élever dans l'acte de la déglutition provoquent une douleur atroce ; dans l'acte de la prononciation, il paraît rester entièrement immobile. L'irritation de ce voile par la présence de l'escharе détermine une abondante sécrétion de salive, quelquefois beaucoup de toux et de l'angoisse. Ces phénomènes morbides, joints à un amaigrissement rapide, à l'accélération du pouls et à l'expectoration de crachats puriformes, donnent à penser que le malade court un grand danger, et font naître souvent l'idée qu'il est atteint de phthisie.

Lorsqu'ils coïncident avec les éruptions tuberculeuses du tégument commun, ces ulcères débutent, dans leur forme la plus franche, par le centre de l'amygdale. Dans la première période, il y a très-peu de douleur et de gonflement ; aussi s'occupe-t-on rarement de la lésion avant qu'elle ait produit un ulcère distinct. Mais si, par une cause quelconque, l'attention est dirigée vers la gorge, on peut quelquefois saisir l'état morbide qui précède la période d'ulcération. L'amygdale est légèrement gonflée ; on aperçoit quelque chose de jaune qui a son siége dans la substance de cet organe et brille à travers la membrane qui en recouvre la surface encore intacte. Au bout d'un ou deux jours, l'ulcération s'établit et laisse apparaître une escharе jaune ou bleuâtre qui pénètre profondément dans le centre de l'amygdale. Il y a peu de tuméfaction, et les parties environnantes ne sont pas violemment enflammées. La marche de cette affection est lente et le trouble qui l'accompagne est peu considérable. De même que l'altération précédente, elle s'étend en profondeur ou en super-

ficie ; de là des ulcères serpigineux et des ulcères perforants présentant dans quelques cas une apparence phagédénique.

Les ulcères serpigineux occupent de préférence le voile du palais, et succèdent le plus souvent à la première variété. Leur extension progressive est telle que le tissu de l'organe semble fondre sous l'ulcération, et que souvent la plus grande partie ou la totalité du voile palatin est détruite avant qu'on ait pu arrêter le processus morbide, bien qu'il ne soit pas possible de voir une eschare distincte se séparer dans tout le cours de la maladie. Le fond de l'ulcère est blafard, lisse, ou bien il s'en élève des fongosités dans l'intervalle desquelles stagne un pus ichoreux ; ses bords sont irréguliers, déchiquetés, parfois largement décollés, bordés par une zone inflammatoire étroite. Dans un cas qui m'est personnel, tout le fond de la gorge offrait une apparence gaufrée. La muqueuse est en général la seule membrane affectée, les parties plus profondes participent rarement à la formation de l'ulcération.

Les ulcères perforants gagnent en profondeur ce qu'ils perdent en étendue. Le voile du palais, la voûte palatine, les amygdales et le pharynx sont les régions où ils exercent leurs ravages. Les parties molles sont détruites avec une rapidité quelquefois très-grande. Tous les tissus sont réduits en une bouillie ou matière putrilagineuse adhérente au fond de l'ulcère dont les bords œdémateux, de forme circulaire ou ovale, sont taillés à pic. La lésion commence, au voile du palais, par une rougeur inflammatoire modérée, accompagnée d'un peu d'endolorissement des parties mobiles de l'isthme du gosier, tandis que le palais lui-même reste indolent. Au bout de quelques jours, une tache d'un blanc sale apparaît au centre de la zone enflammée, elle se creuse et devient le point de départ de l'ulcération perforante. Au voile du palais, elle débute ordinairement par la face postérieure, et ronge d'arrière en avant jusqu'à ce qu'elle ait amené la chute de la luette (1). Dans un cas observé par Herbert Mayo (2), après avoir envahi l'un des côtés de la gorge, elle avait pénétré jusqu'à l'artère linguale qu'elle allait sans doute atteindre, si ce chirurgien n'eût pratiqué une ligature préventive et fructueuse de la carotide interne. Rufz (3) a rapporté un fait dans lequel l'arrière-bouche ne présentait plus qu'une vaste caverne dont toutes les parties étaient recouvertes d'une couche vert grisâtre assez semblable à la mousse d'un vieux mur. On a vu le périoste compris dans cette destruction, et les os mis à nu se nécroser. Cet accident, fréquent à la voûte palatine, s'observe encore au larynx et au pharynx. J. Frank (4) a rapporté le fait d'une paralysie du bras due à l'inflammation de la moelle épinière par suite du progrès d'une carie vertébrale consécutive à un ulcère syphilitique de la gorge. Lagneau et Gibert (5) ont vu chacun un cas d'ulcère

(1) Dans un mémoire intéressant du *British med. Journ.* (July 19, 1862), Williams rapporte une série de cas d'ulcères perforants du palais, qui, bien que cédant à l'emploi de l'iodure de potassium, ne lui paraissent pas devoir être rattachés à la syphilis. — Comparez : Fougère, *Etudes sur l'angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse.* Thèse de Paris, 1871. — Isambert, *De l'angine scrofuleuse* (*Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, nov. 1871).

(2) H. Mayo, *Treatise on syphilis.* London, 1840.

(3) Rufz, *Journ. hebd.*, t. VIII, 1832.

(4) J. Frank, *Traité de patholog. interne*, trad. fr., t. V, 1857.

(5) Gibert, *Traité des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 359.

syphilitique pharyngien avec carie de la colonne vertébrale. Il ne serait pas exact de croire que toutes les ulcérations syphilitiques de la gorge produisent de pareils désordres : en général elles se limitent à l'épaisseur de la membrane muqueuse ; mais il importe de savoir que l'iodure de potassium est l'agent qu'il convient d'employer dans ces cas où le mercure reste souvent sans succès. Plusieurs fois, nous l'avons vu produire des merveilles.

TUMEURS GOMMEUSES.

Ces manifestations de la période avancée de la syphilis constitutionnelle ont pour siége ordinaire la langue, le pharynx et le voile du palais, beaucoup plus rarement les lèvres ou les joues.

Langue. — Ricord (1), Bouisson (2) et Lagneau (3) sont les auteurs qui ont le mieux étudié les gommes de la langue. Ces tumeurs, dont Lagneau a pu réunir dix observations, se développent dans les points les plus variés de l'organe. On les rencontre, soit dans la couche sous-muqueuse superficielle, soit dans la trame de substance conjonctive intermusculaire : leur siége de prédilection est la base même de la langue. Le plus souvent multiples, arrondies ou irrégulières, elles varient pour le volume entre les dimensions d'un pois et celles d'une noix ; elles s'accroissent peu à peu : d'abord fermes, grisâtres ou blanchâtres, elles se ramollissent plus tard à leur centre et deviennent pâteuses ou jaunâtres, tandis que les parties qui les recouvrent, soulevées et distendues, prennent une teinte violacée, s'altèrent insensiblement et finissent enfin par se mortifier. Ainsi mises à nu, si la régression est assez avancée et le ramollissement suffisamment prononcé, elles se vident à la manière d'un abcès ; sinon, on aperçoit sous les lambeaux de la muqueuse ulcérée et décollée la coloration jaunâtre du produit pathologique en voie de dégénérescence et sous forme de bourbillons. Ceux-ci sont peu à peu éliminés, et laissent à leur suite des ulcérations plus ou moins profondes, de forme oblongue, à bords irréguliers et taillés à pic. Entourées de parties tuméfiées, rougeâtres, violacées, œdémateuses, ces ulcérations présentent un fond grisâtre, induré, comme tapissé par une fausse membrane ; quelquefois parsemées de points gangréneux, elles saignent facilement au contact des dents. Au bout d'un certain temps, le gonflement œdémateux des bords ulcérés diminue, des bourgeons charnus se développent à la surface de l'ulcère et la cicatrisation commence ; mais quand la réunion est complète, une portion quelquefois considérable de la langue fait défaut, et de là une grave déformation de cet organe. Les choses se passent différemment par l'intervention opportune d'un traitement approprié. Ces tumeurs ont-elles la forme de nodosités fermes, on les voit perdre de leur consistance, tandis que les tissus voisins s'assouplissent, et bientôt

(1) Ricord, *Traité pratique des malad. vénér.* Paris, 1838, et *Clinique iconographique*, 1860.

(2) Bouisson, dans *Gaz. médic. de Paris*, 1846.

(3) Lagneau, *Des tumeurs syphilitiques de la langue* (*Gaz. hebd.*, 1859, nos 32, 33, 35 ; et *Arch. de méd.*, t. I, 1860, p. 217). — Comparez Maisonneuve, *Sur les tumeurs de la langue.* Thèse de concours. Paris, 1848.

rien ne subsiste pour attester leur existence passée. Sont-elles superficielles, leur teinte blanche jaunâtre est en outre progressivement remplacée par la couleur rouge normale de la muqueuse. Cependant il est quelquefois possible de distinguer la place qu'occupaient les lésions, par l'absence à leur niveau de l'enduit saburral qui recouvre les autres points de la langue. Ces manifestations ont un début insidieux, latent ; tout d'abord elles échappent au malade et au médecin, et pour peu qu'elles soient profondément situées, on ne parvient à les reconnaître qu'en passant entre les doigts la langue augmentée de volume, soit dans toute son étendue, soit par places, et qui semble comme rembourrée de noisettes (Ricord). Petites, fermes, saillantes, ces tumeurs perdent peu de leur consistance : la muqueuse qui les recouvre s'amincit ; la langue vient souvent se placer sous les arcades dentaires et faire procidence au dehors, de là un écoulement salivaire continuel et abondant. En même temps la mastication s'accomplit plus difficilement, la déglutition est douloureuse et gênée, la respiration est embarrassée, et dans quelques cas on a pu noter l'existence d'une surdité résultant d'un obstacle apporté par les parties tuméfiées à la circulation de l'air dans la trompe d'Eustache. Ces tumeurs enfin peuvent s'ouvrir et donner issue à une matière puriforme, semi-liquide, d'où la formation des ulcérations ci-dessus décrites, et, dans certains cas, une fièvre de résorption.

Une évolution éminemment chronique et l'absence pour ainsi dire constante de tuméfaction ganglionnaire sont des caractères importants au point de vue du diagnostic différentiel de ces tumeurs d'avec les ulcérations chancreuses et les affections épithéliales. Nous avons du reste déjà insisté plus haut sur ces différents points.

Voile du palais et voûte palatine. — Les gommes de ces régions sont des plus importantes à connaître. Ricord et Vidal (de Cassis) se contentent de les mentionner. Bouisson (1) en parle peu, il dit avoir observé chez plusieurs malades atteints de syphilis invétérée des indurations, tantôt circonscrites, tantôt diffuses, du voile du palais sans ulcération de sa membrane de revêtement. Chez un malade qui vint le consulter pour une exostose et une carie des os du nez, il trouva le voile du palais affecté d'une tumeur dure de la grosseur d'une amande, sans ulcération de la muqueuse.

Parmentier (2), dans un mémoire sur les tumeurs de la région palatine, décrit comme il suit les gommes du voile du palais : « Petites et à peine sensibles au début, ces tumeurs sont dures, adhérentes à la muqueuse par une sorte de pédicule et mobiles sous les parties sous-jacentes et voisines ; leur accroissement se fait lentement et sans douleur, elles arrivent au volume d'une noisette, et la muqueuse, qui jusque-là était restée sans altération de texture et de couleur, devient d'un rouge brun violacé, la région sous-maxillaire se tuméfie, le malade accuse des sifflements d'oreilles, parfois même une surdité presque complète, la déglutition est pénible et douloureuse, la voix est nasonnée ; on aperçoit, à travers une sorte de coque qui sert d'enveloppe à la tumeur, de la

(1) Bouisson, *Gaz. méd.*, 1846, p. 595.
(2) Parmentier, *Essai sur les tumeurs de la région palatine* (*Gaz. méd. de Paris*, 1856).

fluctuation; la muqueuse se perfore dans un ou plusieurs points, et il s'échappe un pus ichoreux, mal lié et entraînant avec lui des débris organiques. A ces ouvertures succède bientôt une ulcération à bords saillants, taillés à pic, à fond grisâtre; elle fait des progrès rapides, perfore le voile du palais, et il s'établit une communication entre la cavité buccale et la partie postérieure des fosses nasales. »

Les symptômes propres à ces lésions diffèrent par leur marche lente de ceux de la plupart des angines, et ainsi on conçoit peu la possibilité de croire à un simple abcès du voile du palais si l'on questionne le malade sur le début de son mal et sur ses antécédents pathologiques. Quand la gomme ne présente aucune trace de fluctuation, l'idée peut venir d'une hypertrophie glandulaire ou de quelque tumeur épithéliale. Mais l'hypertrophie glandulaire constitue une tumeur toujours ferme, qui ne manifeste aucune tendance à l'ulcération, et l'épithélioma se distingue par l'induration de ses bords toujours plus ou moins recourbés. Les commémoratifs serviront d'ailleurs à établir le diagnostic de la gomme du voile palatin, dont le pronostic est sérieux surtout à cause de la perforation qui est un résultat fréquent de cette manifestation.

Les parois des joues (1) et la voûte palatine sont aussi le siége de tumeurs syphilitiques analogues ou semblables à celles qui viennent d'être décrites. A la voûte palatine, ces tumeurs déterminent quelquefois une altération du périoste et de l'os qui finit par amener une nécrose et une perforation.

Pharynx. — Les gommes du pharynx se montrent avec des caractères trop peu différents de ceux des gommes de la langue et du voile du palais pour qu'il soit besoin d'y insister. Ce sont encore de petites tumeurs arrondies, indolores, généralement développées dans le tissu cellulaire sous-muqueux. Fermes et mobiles à leur naissance, ces productions, à mesure qu'elles vieillissent, deviennent moins consistantes, plus molles, altèrent la muqueuse qui les recouvre, se font jour à l'extérieur et disparaissent, non pas comme le ferait une collection purulente, mais plutôt à la façon d'une eschare: l'ouverture s'agrandit, le produit morbide ramolli est peu à peu éliminé, il reste un ulcère qui se couvre de bourgeons charnus de mauvais aspect: la cicatrisation se fait enfin, mais d'une façon toujours très-lente.

La paroi postérieure du pharynx est le siége le plus ordinaire de ces lésions, et le périoste peut en être le point de départ. Ph. Boyer a vu une tumeur gommeuse, développée en avant de la colonne vertébrale, perforer la paroi du pharynx et s'éliminer ainsi. L'ulcération n'est pas la terminaison obligée de ces productions; on les voit, sous l'influence d'un traitement approprié, se résorber sans laisser la moindre trace de leur existence, si ce n'est une légère dépression. En dehors de cette circonstance, elles ont une évolution insidieuse, latente, pour ainsi dire, et une durée très-longue. Leur diagnostic mérite la plus grande attention, il repose principalement sur la lenteur de leur évolution. Trop souvent elles sont méconnues, ou conduisent à des erreurs graves les hommes les plus autorisés dans la matière. « Je me souviens, dit Maison-

(1) Voy. *Bulletin de l'Académie de médec.*, 11 octobre 1853.

neuve (1), d'un malade que Blandin avait soumis à une opération des plus sérieuses pour une tumeur du pharynx qu'il croyait être un cancer encéphaloïde, et qu'il avait crue telle, même après l'examen anatomique de la tumeur. Après une guérison qui dura six mois, le mal récidiva et fit bientôt des progrès si rapides, que Blandin le considéra comme absolument incurable. Cet homme fut envoyé à Bicêtre, dont j'étais alors le chirurgien. Une énorme tumeur occupait la région latérale gauche du cou et toute la région parotidienne ; elle pénétrait dans le pharynx, déprimait le voile du palais, et menaçait le malade de mort par asphyxie. L'iodure de potassium fut administré à la dose de un gramme par jour, et en moins de six semaines la tumeur disparut sans laisser de traces. »

Cette méprise ne doit pas étonner : le carcinome est l'une des affections avec lesquelles on confond le plus facilement les productions gommeuses. J'ai déjà insisté sur les caractères différentiels de ces affections ; j'ajouterai que la tumeur cancéreuse le plus souvent (il s'agit ici d'un épithélioma), n'est pas aussi bien circonscrite que la gomme, qu'elle est moins libre, moins mobile au milieu des tissus ambiants et, contrairement à cette dernière, le plus souvent accompagnée d'une modification des ganglions correspondants. Les abcès rétropharyngiens se distinguent de leur côté, ceux qui sont aigus par des phénomènes inflammatoires à leur début, les autres, c'est-à-dire les abcès froids, par la mollesse et la fluctuation dès le premier moment de leur apparition. Le pronostic des affections syphilitiques de la bouche et du pharynx est grave lorsqu'elles viennent à gêner une grande fonction, ou que le produit gommeux, ramolli, suppuré et résorbé sur place, arrive à produire des phénomènes d'infection secondaire, et aussi quand elles sont suivies de cicatrices profondes, blanchâtres, plus ou moins irrégulières, ou d'adhérences aux parties voisines. Ainsi nous avons vu, chez un malade qui succombait, à l'âge de cinquante-neuf ans, à une syphilis viscérale, le voile du palais en partie détruit et adhérent à la paroi postérieure du pharynx. Coulson, Sigmund (2) ont rapporté des faits du même genre. On a vu se produire alors un tiraillement des parties voisines et l'atrésie des cavités au point de gêner considérablement les fonctions de la phonation et de l'audition. La destruction de la trompe d'Eustache, dans un cas, fut suivie d'une cicatrice qui fermait ce canal. La présence de ces reliquats est d'une grande importance diagnostique relativement aux manifestations syphilitiques des viscères, qui, sans elle, pourraient plus souvent encore passer inaperçues. Les lésions profondes de la gorge et du voile du palais sont, en effet, relativement fréquentes dans les affections cérébrales syphilitiques, puisque, notées par Virchow, trois fois sur onze cas, elles existent quatre fois sur le nombre des faits qui nous sont personnels.

§ 2. — Affections syphilitiques de l'œsophage.

De même que les lésions de la variole et de la scarlatine, les manifestations éruptives de la syphilis bornent le plus souvent leur action sur le tube digestif

(1) Maisonneuve, *Leçons cliniques sur les maladies cancéreuses*. Paris, 1854.

(2) Sigmund, *Wiener med. Wochenschrift*, 1854, n° 48, et *Œsterr. Zeitschr. für pract. Heilkunde*, 1857, n° 29. — Comparez : H. J. Paul, *Archiv f. klinische Chirurgie*, t. I, p. 448. — A. Zimmer, *Schmidt's Jahrbuch.*, t. CXLIII, p. 297.

à la bouche et au pharynx. L'œsophage, l'estomac et l'intestin grêle en sont généralement exempts, et l'on ne retrouve guère dans ces organes que des lésions profondes et tardives dont la qualité spéciale est de rétrécir le calibre du canal. La rareté même de ces manifestations rend difficile leur étude, que gêne encore l'impossibilité de les voir dans leur première période et de pouvoir les suivre dans leur évolution.

Il est douteux que les médecins des premiers siècles de la syphilis aient eu connaissance de ces altérations. Severinus, l'un des premiers, fait mention des ulcérations syphilitiques de l'œsophage et de la trachée : « Cultro anatomico tradita cadavera variorum syphilide extinctorum exhibebant exulcerationes, tum in œsophago, tum in trachea (1). » Rhodius (2) a rapporté un fait de lésion œsophagienne auquel, à la rigueur, il serait peut-être possible d'attribuer une origine syphilitique. Follin (3) a exhumé deux cas, l'un de Ruysch (4) et l'autre de Haller (5), qui semblent se rapporter à ce sujet. Paletta (6) a observé un fait qui se rapproche des précédents ; il s'agit d'une dysphagie qui survint après la suppression d'une leucorrhée et la disparition d'une éruption papuleuse. Une observation de Daniel Turner (7), cité par West de Birmingham, et deux autres de Carmichaël (8), ne sont pas plus concluantes que les précédentes et laissent comme elles le doute dans l'esprit. Un fait observé par Parker n'est pas non plus démonstratif. Wilks (9) admet les rétrécissements syphilitiques de l'œsophage. Une pièce anatomique conservée au musée de Guy's Hospital (n° 1784[95]) montre au point d'union de l'œsophage et du pharynx un rétrécissement qui, selon cet auteur, aurait succédé à une ulcération syphilitique. Semblable rétrécissement se rencontre dans une observation du mémoire de Virchow. Follin (10) dit avoir observé deux cas de dysphagie œsophagienne d'origine syphilitique. Dans l'un de ces cas il existait un psoriasis de la paume des mains, et le malade a guéri sans l'emploi de la sonde; dans l'autre, les lésions étaient plus profondes et la guérison n'a pas été complète; il s'agissait sans doute, ajoute cet auteur, de lésions cicatricielles qu'on améliore, mais qu'on ne guérit pas.

Dans un travail spécial sur la matière, West de Birmingham (11) rapporte deux observations personnelles dont l'une, avec autopsie, paraît suffisamment convaincante pour qu'il ne soit plus possible de mettre en doute le rétrécissement syphilitique de l'œsophage.

J. M..., âgée de vingt et un ans, fut reçue au Queen's Hospital, à Birmingham, le 18 mai 1858, après s'être présentée à plusieurs reprises aux consultations de

(1) Lieutaud, *Hist. an. med.*, t. II, liv. IV, obs. 105.
(2) *Ibid.*, t. II, liv. IV, obs. 102.
(3) Follin, *Des rétrécissements de l'œsophage*. Paris, 1853.
(4) Ruysch, *Nov. anatom. med. chirurg.*, decad. I, art. 10, 24.
(5) Haller, *Opusc. patholog.*, obs. LXXII.
(6) Paletta, *Exercit. patholog.*, 1820.
(7) Turner, *A practical dissertation on the venereal disease*, 1732, 1re partie, p. 6.
(8) Carmichaël, *An essay on the venereal disease*, 1814.
(9) Wilks, *Pathological anatomy*, p. 258 ; et *On the syphilitic affections of the internal organs*, p. 41, 1863.
(10) Follin, *Traité élém. de pathol. externe*, t. I, p. 696. Paris, 1861.
(11) West, *Dublin Quarterly Journal*, febr. 1860, et *Arch. de méd.*, t. I, p. 714. 1860.

cet hôpital pour différents accidents syphilitiques secondaires (*éruption squameuse, angines*). Au moment de son admission, elle se plaignait d'une impossibilité absolue d'avaler, la déglutition était douloureuse et suivie immédiatement du rejet des aliments; cependant il arrivait deux fois par jour que les aliments passaient sans difficulté. L'arrière-gorge était le siége d'ulcérations étendues, occupant à la fois les amygdales, le voile du palais et ses piliers, à surface gris cendré semée de taches rouges çà et là. Maigreur très-prononcée, anémie, pouls faible, urine peu abondante. Iodure de potassium, 5 grains dans une once de décoction de quinquina, trois fois par jour, gargarisme avec l'acide chlorhydrique, etc.

On continua ce traitement jusqu'au 28 mai, puis on essaya de passer une sonde œsophagienne, mais on n'y put réussir; on prescrivit la quinine à la dose de 15 centigrammes. D'abord, application de nitrate d'argent sur les ulcérations de la gorge; plus tard, application de sulfate de cuivre; la déglutition des liquides s'opère un peu plus facilement, la malade va néanmoins en s'affaiblissant. Le sulfate de quinine est remplacé par le nitrate de fer de quinine. Les tentatives d'introduction de la sonde sont continuées; gargarisme sublimé sans amélioration notable. Alors, malgré l'affaiblissement progressif de la malade, et quoiqu'elle eût déjà fait plusieurs traitements mercuriels, on se décida à prescrire dix gouttes de solution sublimée dans de la décoction de quinquina, trois fois par jour, et des frictions d'onguent mercuriel sous les aisselles.

Le 25 juillet, les gencives commencèrent à s'affecter, et il fallut supprimer le traitement spécifique; pendant quelques jours la malade éprouva une légère amélioration, elle avalait un peu plus facilement. Le 6 août, il ne restait rien de cette amélioration passagère. Le cathétérisme, tenté avec tous les instruments imaginables, échouait toujours; la malade finit par ne plus pouvoir avaler, et elle mourut épuisée le 2 septembre.

Autopsie. — Cadavre très-amaigri, tubercules à divers degrés de ramollissement et plusieurs cavernes aux sommets des deux poumons. La partie supérieure de l'œsophage, dans l'étendue de 4 pouces, est très-dilatée; la membrane muqueuse, fortement épaissie, présente çà et là des taches qui paraissent être dues à des cicatrices récentes. Au-dessous de la dilatation, l'œsophage se rétrécit subitement, et forme un canal étroit qui admet à peine une sonde n° 4. Le rétrécissement, qui a une longueur de 2 pouces et 1/2 environ, est produit par un épaississement de la muqueuse et par des dépôts fibreux, sous forme de bandes et de brides, qui ressemblent beaucoup à ceux que l'on voit dans les rétrécissements anciens de l'urèthre. Au-dessous du point rétréci et jusqu'à l'estomac, l'œsophage est parfaitement sain. Le foie, pesant 2 livres et 4 onces, est gras; sa surface est sillonnée par des tractus fibreux, et son enveloppe présente çà et là de légers épaississements. L'enveloppe de la rate, qui est plus molle qu'à l'état normal, présente les mêmes altérations que celle du foie. Cicatrice probable à l'entrée du vagin; les autres organes ne sont que peu ou pas altérés.

Les symptômes observés pendant la vie, et les lésions constatées après la mort, tant dans l'œsophage que dans les autres viscères, et surtout dans le foie, plaident ici en faveur de l'origine syphilitique du rétrécissement. D'ailleurs des dépôts fibreux sous forme de bandes et de tractus sont peu en rapport avec l'hypothèse d'un rétrécissement consécutif à une lésion tuberculeuse. Le second fait rapporté par le chirurgien de Birmingham est loin d'avoir la même importance; néanmoins l'action de la syphilis sur l'œsophage ne paraît pas contestable, et il y a tout lieu de croire que les lésions cicatricielles signalées dans le fait qui précède sont la conséquence de modifications morbides analogues à celles que l'on observe dans le pharynx à la suite des dépôts gommeux ulcérés.

Il n'est guère possible de chercher, à l'aide de ce petit nombre de faits, des

signes propres au diagnostic des affections syphilitiques de l'œsophage ; ces affections toutefois présentent les caractères des rétrécissements fibreux, dont elles ne diffèrent que par leur marche et par les manifestations syphilitiques qui peuvent les accompagner. Ces circonstances aideront sans doute à les différencier des rétrécissements d'une autre nature. Le pronostic, relativement moins grave que s'il s'agissait d'un épithélioma, est néanmoins sérieux si on ne fait pas intervenir un traitement spécifique dès les premiers temps de l'affection ; car plus tard, lorsque les cicatrices existent, ce traitement devient inutile.

§ 3. — Gastrite et entérite syphilitiques.

Bibliographie. — *Bulletin de la Société anatomique*. t. IX et XXI. — Cullerier, *De l'entérite syphilitique*, Union médicale, 1854. — Ernest Müller, *Ueber das Auftreten der constitutionnellen Syphilis in Darmkanale* (*Des manifestations de la syphilis constitutionnelle dans le canal intestinal*). Inaug. Diss. Erlangen. 1858. — E. Huet, *Ueber syphilitische Affectionen des Mastdarms* (*Des affections syphilitiques du gros intestin*, avec figures), dans Behrend's Syphilidologie, neue Reihe, II Bd,, 1 Heft, 1858. — Venot, *Diagnostic différentiel de l'anite ulcéreuse*. Journal de méd. de Bordeaux, nov. 1858. — Bovero, *Sur les rétrécissements organiques du gros intestin par suite de la syphilis*. Gaz. Sard., nos 46 et 47, 1858, et Schmidt's Jahrb., Bd., CIV. p. 69. — Gosselin, *Archives générales de médecine*, t. II, 1854, et *Nouveau Dictionn. de médecine et de chirurgie pratiques*, t. II, art. Anus, 1864. — Bumstead, *Maladies syphilitiques du gros intestin*, Americ. med. Times, N. Ser. VIII, 21 may, 247. — Dujardin-Beaumetz, *Syphilis tertiaire*, etc., Gaz. des hôpitaux, p. 61, 1866. — P. A. Klein, *Zur Casuistik der Darmsyphilis*. Inaug. Diss. Kœnigsberg, 1867. — Oser, *Fälle von Enteritis syphilitica*, Archiv für Dermatol. und Syphil., III, p. 27, 1871.

Les auteurs qui ont écrit sur la syphilis des viscères gardent le silence au sujet des affections syphilitiques de l'estomac ; aussi ces affections sont-elles toujours méconnues. Cependant les faits déjà nombreux de syphilis viscérale font mention de lésions diverses telles que l'hypertrophie partielle ou l'ulcération des parois de cet organe. Quelques-unes des observations rapportées par Virchow (obs. VII et VIII) et Leudet (obs. VIII), un certain nombre des cas qui nous sont personnels, signalent l'existence d'un épaississement plus ou moins étendu de la muqueuse gastrique, épaississement ou hypertrophie dont les caractères anatomiques paraissent indiquer une liaison plutôt qu'une simple coïncidence par rapport à l'infection syphilitique. D'un autre côté, Fauvel a présenté à la Société anatomique (1) un estomac dont les parois étaient hypertrophiées surtout au voisinage du pylore, et dont la muqueuse était ulcérée en divers points. Comme la femme à laquelle appartenait cet estomac accusait des antécédents syphilitiques, et que sur un des tibias il existait une exostose, on put croire que cet épaississement des parois était dû à l'hypertrophie de la tunique fibreuse développée d'une façon morbide et sous la dépendance de la cachexie syphilitique ; mais, le seul fait d'antécédents syphilitiques ne suffit pas pour faire admettre la nature syphilitique d'une altération. Chez un homme de soixante-six ans mort à l'Hôtel-Dieu, dans le mois de septembre de l'année 1863, je constatai à l'autopsie un ensemble

(1) Voyez *Bull. de la Société anatomique*, année 1858, p. 224.

de lésions viscérales manifestement syphilitiques et en même temps une altération de l'estomac qui me parut devoir être mise sur le compte de l'infection vérolique, d'autant plus que le foie était bosselé, déprimé, labouré de brides et de cicatrices, que les reins étaient cireux et qu'il existait une périorchite à droite. Les ganglions iliaques et la plupart des ganglions prévertébraux étaient en outre tuméfiés et manifestement altérés. L'estomac, de dimensions normales, présentait à 0m, 02 du pylore, sur la petite courbure et dans une étendue de 0m,03, une ulcération qui avait presque entièrement détruit sa paroi ; des pelotons graisseux légèrement adhérents et accolés derrière cette ulcération empêchaient en partie la perforation. Les bords de l'ulcération étaient grisâtres, fibreux, indurés, taillés en biseau aux dépens de la muqueuse ; il n'existait pas de ganglions indurés dans le voisinage. Ces caractères et les nombreuses altérations viscérales qui accompagnent ici l'altération de l'estomac, semblent mettre hors de doute l'influence de la syphilis sur cette altération. Une femme enfin, âgée de quarante ans, plusieurs fois atteinte de manifestations syphilitiques, puis affectée de larges ulcères de la bouche et de la gorge, éprouva des douleurs à l'épigastre après les repas, fut prise de vomissements, tomba dans la cachexie, et succomba. Capozzi (1), qui l'examina, trouva les parois de l'estomac épaissies, la muqueuse affectée d'un catarrhe chronique et d'une perte de substance irrégulière, étendue du pylore au cardia, avec bords sombres épais et fond gris blanchâtre. Ces données sur la syphilis de l'estomac sont fort incomplètes ; aussi nous paraît-il difficile d'admettre avec Engel (2) que, sur 100 ulcères de l'estomac, il y en ait 10 qui procèdent manifestement de la syphilis.

Les faits qui ont trait aux affections vérolique de l'intestin ne sont pas beaucoup plus concluants. A peine est-il parlé de ces affections dans les écrits des syphiligraphes des derniers siècles ; et si parfois on y signale la diarrhée ou la dysenterie syphilitique (3), il n'y est pas question de lésions intestinales bien déterminées. Antoine Chalmet (4) indique la façon de traiter les érosions intestinales dans la syphilis, et par conséquent, dans certains cas, il accepte l'origine spécifique de ces lésions. J. Frank (5) parle d'une jeune fille de dix-neuf ans qui avait eu des ulcères primitifs, puis au cou des ulcères consécutifs et une éruption syphilitique ; ces affections guéries, elle fut prise de douleurs, de coliques augmentant le jour, de vomituritions, de vomissements, d'une diarrhée colliquative et de fièvre hectique. L'autopsie montra un ulcère unique à la fin de l'intestin iléon, un autre dans le cæcum et trois dans le côlon ascendant. Ces ulcères furent déclarés syphilitiques par Harlt ; mais ce fait est évidemment trop incomplet pour qu'il soit possible d'attribuer à la lésion intestinale une origine syphilitique. D'ailleurs, quels sont les caractères qui servent à faire prévaloir ici la spécificité des ulcérations intestinales ? C'est ce que ne dit point l'observation. De même on ne peut en toute assurance voir une liaison

(1) Voy. Schmidt's Jahrbuch, t. CXXXV, p. 41.
(2) Brinton, *On diseases of the stomach*. London, 1859.
(3) Voy. *Aphrodisiacus* de Luisinus, p. 891 et 1299. — Boyle, *De medicam. simpl.* — Sauvages, *Médec. méthod.*, t. III, p. 78.
(4) Antonii Chalmetii *De morbo gallico*, *dans Aphrodisiacus*, p. 857.
(5) J. Frank, *Traité de pathologie interne*, trad. franç., t. VI, p. 81, Paris, 1857.

causale entre la syphilis et les ulcérations de l'intestin signalées dans deux communications faites il y a plusieurs années à la Société anatomique par Choisy et Courtin (1).

Cullerier, cependant, nous paraît mettre hors de doute l'existence des lésions tertiaires du tube intestinal par le fait suivant, que complète l'examen anatomique.

Une femme grosse de neuf mois avait eu antérieurement des ulcérations du voile du palais et des périostoses, affections pour lesquelles elle avait subi un traitement par l'iodure de potassium. Ce traitement avait été cessé à plusieurs reprises à cause d'une diarrhée abondante. Rentrée à l'hôpital le 16 février, elle accoucha, le lendemain, d'un garçon chétif qui mourut au bout de quelques jours. La diarrhée, qui avait persisté depuis la sortie, continua, et la mort ne tarda pas d'arriver, dans le dernier degré de la faiblesse.

Des épanchements séreux se rencontraient dans toutes les cavités séreuses, le cœur, le foie et les poumons étaient décolorés. L'estomac paraissait sain, ainsi que l'intestin grêle ; mais dans toute l'étendue du gros intestin, on voyait un grand nombre d'ulcérations arrondies et à divers états, les unes récentes, siégeant sur une base dure et large, les autres à fond déprimé, gris jaunâtre et livide ; quelques-unes ne comprenaient que la muqueuse et laissaient parfaitement voir la couche musculeuse ; d'autres, plus profondes, intéressaient les fibres mêmes de cette couche. Dans plusieurs de ces dernières, les fibres musculaires étaient comme dilacérées et flottaient au milieu de l'ulcération. Toutes offraient un décollement de la muqueuse dans le pourtour de l'ulcération, où il y avait un épaississement du tissu cellulaire, qui formait comme un bourrelet arrondi avec une ouverture centrale ; il n'y avait aucun engorgement dans le mésentère.

La forme des ulcérations, le bourrelet fibreux qui les circonscrit, constituent dans ce cas autant de caractères que nous avons déjà notés à propos des ulcères syphilitiques du pharynx et qui plaident par conséquent en faveur d'une origine spécifique.

Chez deux individus qui, après avoir présenté diverses manifestations syphilitiques, succombèrent à une diarrhée rebelle, Huet d'Amsterdam constata, en même temps qu'une dégénérescence lardacée du foie et de la rate, des ulcérations arrondies multiples du gros intestin, des cicatrices et des excroissances comme verruqueuses développées dans le tissu sous-muqueux, d'une grande ressemblance avec les néoplasies gommeuses. Eru. Müller rapporte le cas d'une femme chez laquelle on trouva dans le larynx, la plèvre, le foie, l'intestin grêle et le vagin, des formations de tissu conjonctif qui parurent devoir être regardées comme des produits syphilitiques. Mais ce fait, peu précis par rapport aux commémoratifs et à la marche de la maladie, laisse quelque doute touchant la nature spécifique des lésions viscérales. Une observation de syphilis tertiaire publiée par Leudet fait mention d'ulcérations nombreuses du gros intestin et surtout du côlon transverse et du rectum. L'une de ces ulcérations, en voie de cicatrisation, avait fini par amener un rétrécissement qui permettait à peine l'introduction du doigt indicateur. J'ai vu moi-même, dans un cas où l'altération syphilitique des viscères n'était pas douteuse, un amincissement, dans l'étendue d'une pièce d'un franc, de la paroi intestinale,

(1) Voy. Choisy, *Bull. Soc. anat.*, t. IX, p. 217 ; et Courtin, *ibid.*, t. XXI, p. 351.

qui était réduite à la membrane séreuse et à une partie de la membrane muqueuse. Il semblait qu'entre ces membranes colorées en violet avait existé un dépôt gommeux, lequel avait fini par être résorbé. Chez un homme âgé de trente-six ans et qui avait des antécédents syphilitiques, Meschede (1) a trouvé, dans l'intestin grêle, 54 ulcérations d'une longueur qui variait de 1 à 5 centimètres. Le fond de ces ulcères, qui atteignait presque partout la tunique musculeuse, était formé par un pigment noir; quelques-uns offraient des cicatrices fibreuses, d'aspect rubané. De petites nodosités fibreuses existaient sur les portions du péritoine qui recouvraient ces ulcérations, et des noyaux de la grosseur d'une noisette, à contenu gélatineux, étaient disséminés sans ordre dans les lobes supérieurs des poumons. Cette description, malheureusement, indique au moins autant une affection tuberculeuse qu'une lésion syphilitique. Un cas assez semblable a été rapporté par Oser. La membrane muqueuse de l'iléon était, au niveau des plaques de Peyer, infiltrée par une masse gris rougeâtre ulcérée dans sa partie centrale. Le péritoine correspondant était injecté, tuméfié, couvert de fausses membranes et parcouru de vaisseaux lymphatiques dilatés, entre lesquels existaient de nombreuses nodosités. Histologiquement, l'altération de l'intestin était formée de petites cellules rondes remplies de graisse, et les nodosités péritonéales parurent se rattacher aux vaisseaux lymphatiques.

Ces faits nous renseignent peu sur les caractères précis des lésions syphilitiques du tube digestif. Certains d'entre eux montrent cependant que l'estomac et l'intestin ne sont pas à l'abri des atteintes de la syphilis, et que certaines ulcérations multiples, arrondies, circonscrites par un tissu fibreux et plus ou moins profondes, ne sont vraisemblablement que la suite de dépôts gommeux, c'est-à-dire que des effets de la métamorphose subie par ces productions et de leur élimination. Le simple épaississement du tissu sous-muqueux rencontré dans quelques cas, l'observation faite par Wagner (2) de dépôts non encore ulcérés, sont autant de circonstances favorables à cette manière de voir.

Les troubles fonctionnels qui correspondent aux désordres anatomiques dont il s'agit ne présentent ordinairement aucun caractère bien particulier. Aussi leur origine est-elle difficile à reconnaître en l'absence de toute manifestation syphilitique concomitante. Cependant, dans un cas où il y avait tout lieu de croire à une affection syphilitique de l'estomac, Andral (3) a noté un amaigrissement progressif avec teinte plombée de la peau, la perte de l'appétit, une sensation douloureuse située au-dessous de l'appendice xiphoïde, des éructations fréquentes et le rejet des aliments peu d'heures après leur ingestion. Une ulcération qui fut aperçue sur la paroi postérieure du pharynx éveilla l'idée d'une syphilis, et le malade guérit sous l'influence des mercuriaux. Dans un cas où l'existence de la syphilis doit rester douteuse, on nota plusieurs hématémèses. Jamais la palpation de l'abdomen n'a révélé la présence d'une tumeur bien certaine sur le trajet du canal digestif.

Des alternatives de diarrhée et de constipation, sinon une diarrhée jaunâtre,

(1) *Archiv für path. Anat.*, 1866, et *Arch. de méd.* 1867, t. I, p. 348.
(2) *Archiv der Heilkunde*, 1863, obs. XXIX, p. 369.
(3) Andral, *Clinique médicale*, t. IV, p. 122.

quelquefois sanguinolente ou dysentériforme, des coliques vives, tels sont, avec un dépérissement graduel et une cachexie de plus en plus profonde, les principaux symptômes qui accusent la souffrance de l'intestin. Plus loin, je rapporterai des cas où la diarrhée dans le cours d'une syphilis viscérale n'était plus sous la dépendance d'une lésion intestinale, mais bien d'une modification de quelque autre viscère et du foie en particulier. Les évacuations sanguinolentes, signalées par les auteurs des derniers siècles (1), ont été rencontrées plus récemment dans le cours de la syphilis tertiaire. Un cas de ce genre est rapporté par Leudet, et notre collègue E. Vidal nous a dit avoir observé un fait semblable qui guérit par l'iodure de potassium. Gendrin nous a appris qu'il avait obtenu un succès rapide de l'emploi d'un traitement mercuriel contre une diarrhée de longue date accompagnée de cachexie et qui jusque-là s'était montrée rebelle à toute espèce de médication entre les mains des meilleurs praticiens.

Les affections syphilitiques de l'intestin, comme toutes les altérations tertiaires, évoluent lentement. Lorsque la mort en est la terminaison, elle survient ou bien par l'effet du marasme qui résulte des désordres intestinaux (diarrhée abondante, rétrécissement), ou bien le plus souvent par suite d'affections concomitantes ou de complications. Je ne sache pas qu'en pareil cas on ait observé de péritonite ou de perforation intestinale.

Ces affections n'ayant aucun caractère spécial, c'est principalement sur les manifestations antécédentes ou concomitantes que repose leur diagnostic. Il faut se garder de croire à l'existence d'une lésion matérielle toutes les fois que l'on voit apparaître, dans le cours d'une syphilis, des désordres digestifs ou de la diarrhée; ces désordres n'ont parfois d'autre cause qu'une lésion des organes de l'hémopoïèse.

En terminant l'étude des altérations syphilitiques de l'intestin, il nous faut mentionner une affection assez spéciale, mais improprement connue sous le nom de *rétrécissement syphilitique du rectum*. Cette affection n'est nullement une manifestation diathésique, une expression de la syphilis constitutionnelle, mais un simple accident local, une lésion de voisinage produite souvent par la sécrétion purulente des chancres de l'anus, plus rarement par des plaques muqueuses; c'est, en un mot, une complication des maladies vénériennes plutôt encore que de la syphilis.

Signalé par plusieurs auteurs, Morgagni, Desault, Rayer, Laugier, Lagneau, Vidal (de Cassis), Tanchon, Costallat, Bovero, ce rétrécissement a été très-bien étudié par Gosselin (1), dont les opinions sur cette question ont été confirmées par les observations de Bærensprung (2), de Leudet (3) et de l'auteur de ce livre (4). Située à $0^m,04$ ou $0^m,05$ au-dessus de l'anus, cette lésion consiste dans la présence d'un anneau dur, épais, qui permet à peine l'introduction du doigt indicateur, et qui se trouve constitué par la muqueuse et le tissu conjonctif sous-jacent ayant subi l'un et l'autre une transformation fibroïde. La couche

(1) Voyez *Aphrodisiacus*.
(2) *Annalen der Charité Krankenhauses*, 1855, VI, 1.
(3) Leudet, *Moniteur des sciences médicales*, 1860, p. 1132.
(4) Lancereaux, *Bull. de la Soc. anatomique*, 1859. — Comparez : V. Zappulla, *Cas de rétr. syph. du gros intestin*, Ann. univ. CCXIII, p. 157, et Schmidt's Jahresb., t. CXLVIII, p. 167.

musculeuse correspondante est hypertrophiée ; au-dessous du rétrécissement, la membrane muqueuse est boursouflée, mamelonnée, cicatrisée ou même perforée ; au-dessus, elle est simplement érodée ; partout elle est baignée par un liquide blanchâtre puriforme.

Les femmes, beaucoup plus que les hommes, sont sujettes à cette affection qui, symptomatiquement, se traduit par une diarrhée rebelle, plus rarement par de la constipation. Les malades éprouvent de faux besoins, du ténesme, ils rendent du pus pendant les efforts de la défécation ; ils maigrissent et tombent dans la cachexie. Le toucher permet de reconnaître sûrement ce rétrécissement pour lequel les femmes n'accusent parfois que des troubles utérins. Un siége peu élevé, des dimensions peu étendues, l'absence d'hémorrhagies, les antécédents du malade, la présence de condylomes et de fissures à l'anus, sont autant de circonstances qui peuvent servir à différencier cette lésion.

Notons que le traitement antisyphilitique n'est ici d'aucune utilité ; les toniques et les moyens locaux dilatatoires constituent toute la thérapeutique. Il ne faudrait pas cependant nous adresser le reproche d'être par trop exclusif touchant l'origine des rétrécissements du rectum ; évidemment nous reconnaissons qu'il n'est pas impossible que cet intestin soit parfois le siége d'un dépôt gommeux, puisque ces dépôts sont susceptibles de se rencontrer sur un autre point du tube digestif.

§ 4. — Affections syphilitiques des glandes salivaires et du pancréas.

L'altération des glandes annexes de l'appareil digestif n'est pas extrêmement rare chez les malades qui succombent emportés par la syphilis viscérale ; elle présente des variétés qui paraissent tenir, du moins en partie, à la différence de structure de ces organes. Si, dans les follicules clos, dont la conformation histologique diffère peu de celle des glandes vasculaires sanguines, l'élément sécréteur est de préférence atteint, dans les autres glandes, c'est plutôt le tissu connectif qui devient malade.

Les lésions syphilitiques des glandes salivaires et du pancréas sont peu communes ; mais il n'en faut pas moins reconnaître leur existence. Le fait suivant, dans lequel il existe, en même temps que toute une série de manifestations viscérales, une lésion des glandes sous-maxillaires dont la nature syphilitique ne paraît pas contestable, en est un exemple, et si l'on veut consulter les cas déjà nombreux de syphilis viscérale, on trouve que la glande pancréatique est loin d'être toujours intacte.

Cicatrice au voisinage de l'anus. Exostose du tibia gauche. Ulcérations et cicatrices du pharynx. Mort à la suite d'un érysipèle développé au pourtour de ces ulcérations. Altération de la glande sous-maxillaire. Gommes des poumons et du péricarde. Dilatation et rétrécissement de plusieurs ramifications bronchiques. Cicatrices hépatiques. Lésions des glandes lymphatiques profondes.

Obs. XXVII. — La nommée R..., âgée de quarante-cinq ans, entre à l'hôpital de la Pitié, le 17 décembre 1860, salle du Rosaire, n° 22. Cette malade, d'un teint pâle, jaunâtre, vient réclamer des soins pour une affection caractérisée par la présence, sur la face postérieure du pharynx, de petites saillies noueuses, arrondies,

déjà en voie de ramollissement, et d'aspect violacé. La nature spécifique de ces lésions bien constatée, un traitement approprié est institué (pil. de Sédillot). Au mois de janvier 1861, les ulcérations commencent à se cicatriser. Le 6, survient un frisson violent, non suivi de sueur, puis de la diarrhée. Le 7, sécheresse et douleur de la gorge, déglutition difficile. Rougeur uniforme de la paroi postérieure du pharynx; quelques-uns des ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et douloureux.

Le 8, ces phénomènes s'accusent davantage. Vers midi, se montre à l'aile gauche du nez une plaque d'un rouge intense, arrondie, grande de 0m,02 à 0m,03. — Expectation. Le 9, la plaque de l'aile du nez s'est étendue, on voit déjà quelques phlyctènes; gonflement sous-maxillaire plus marqué, rougeur persistante du pharynx. Le 10, l'érysipèle envahit la joue droite et gagne les conduits auditifs et les pavillons des oreilles. La fièvre s'accroît. Vers le soir, le front et le cou sont atteints. La malade ne peut que très-difficilement avaler, même les boissons; à la suite d'une toux sèche et fréquente, la voix se perd, il y a par instants des phénomènes de suffocation. Le pouls est petit, irrégulier, fréquent (104). Le 11 au matin, amélioration apparente; le soir, intermittence et précipitation du pouls. Le 12, l'érysipèle suit sa marche envahissante, il gagne le cuir chevelu; sécheresse de la langue. Mort le 13 janvier, à 4 heures du matin.

Autopsie. — Augmentation de volume des glandules de la base de la langue. Œdème de la luette. Deux ulcérations en voie de cicatrisation sur la paroi postérieure du pharynx.

La glande sous-maxillaire du côté gauche présente de nombreux sillons entre ses lobules; elle est plus ferme au toucher et comme flétrie, mais non diminuée de volume; elle offre une coloration jaune qui tient à la présence de granulations graisseuses; les cloisons fibreuses interacineuses sont épaissies; les ganglions du voisinage sont volumineux, mous, d'aspect médullaire.

Le crâne se fait remarquer par une épaisseur considérable et une fragilité plus grande. Le cerveau est intact. Le corps thyroïde est hypertrophié, jaunâtre à la coupe à cause d'abondantes granulations graisseuses.

Des adhérences nombreuses unissent les poumons aux parois thoraciques. Sur le poumon gauche on voit de petites tumeurs légèrement saillantes, les unes arrondies, les autre en forme de croissant. Ces tumeurs sont constituées par une matière amorphe granuleuse, des noyaux de tissu conjonctif (cytoblastions), quelques cellules fusiformes, des granulations graisseuses et des restes du parenchyme pulmonaire. En ce point, les ramifications bronchiques sont dilatées, leur surface interne est rouge et injectée, leur paroi épaissie. Le péricarde est le siége d'une tumeur gommeuse du volume d'un noyau de cerise, un peu molle, jaunâtre, formée de cellules plasmatiques granuleuses. Plaques laiteuses à la surface du cœur.

Le foie déborde les fausses côtes d'environ trois travers de doigt. De nombreux sillons cicatriciels, les uns longitudinaux, les autres rayonnés, labourent ses deux surfaces antérieure et postérieure. Des tractus de tissu connectif unissent les bords de ces sillons nombreux sur la face antérieure. Le parenchyme de cet organe est induré, crie; sa surface de section présente une coloration brunâtre, tachetée de jaune. Quelques-uns des conduits biliaires sont dilatés au voisinage des cicatrices dont le tissu fibreux se prolonge à l'intérieur du parenchyme. La rate, un peu molle, mesure 0m,18 dans son plus grand diamètre. Les ganglions prévertébraux ont le volume d'une noisette ou d'une noix, ils sont mous et fortement injectés. Les intestins sont normaux. Les reins sont petits et les capsules surrénales volumineuses. Les ovaires sont manifestement atrophiés et fibreux.

Ce fait est remarquable par la multiplicité des lésions constatées après la mort, par l'absence presque complète de désordres fonctionnels correspondants. On comprend que l'inflammation diffuse de la glande sous-maxillaire soit passée inaperçue; mais un symptôme d'une grande valeur et qui aurait

pu mettre sur la voie des lésions syphilitiques des viscères, c'était la cachexie. L'affection du pharynx, si nettement caractérisée, a été le point de départ de l'érysipèle. Celui-ci, trouvant un terrain favorable, devint bientôt fatal; hormis cette circonstance, il n'avait aucun rapport avec les lésions viscérales, qui offraient tous les caractères d'une spécificité incontestable.

Les faits qui témoignent de l'altération syphilitique du pancréas sont extrêmement rares. Un malade (1) mort dans le service du professeur Rostan, quatorze ans après avoir contracté un chancre, présenta des gommes multiples des muscles, une tumeur gommeuse de la région mammaire et deux autres dans le pancréas. Ces tumeurs, soumises à l'examen microscopique par Verneuil et Robin, avaient toutes la même structure. Un fait que nous rapportons plus loin indique l'existence d'une semblable tumeur au sein de cette même glande. Ajoutons que, dans plusieurs cas de syphilis viscérale, le pancréas nous a paru ferme, induré, sclérosé, de sorte que, comme la plupart des viscères, il semble sujet aux lésions diffuses et circonscrites de la syphilis. Si donc les affections syphilitiques des glandes salivaires et du pancréas sont rarement observées, c'est sans doute parce que ces organes ne sont pas d'ordinaire examinés après la mort, et que les troubles fonctionnels qui résultent de leur altération peuvent facilement passer inaperçus.

§ 5. — Péritonite syphilitique.

L'un des premiers, Portal (2) fait mention de l'affection syphilitique du péritoine : « J'ai trouvé, dit-il, sur un homme qui avait été tourmenté d'un vice vénérien après divers traitements mal dirigés, et qui avait surtout éprouvé des douleurs dans la région des lombes, dont il se plaignait principalement la nuit, le péritoine épaissi de près d'un demi-pouce dans la partie où il recouvre les vertèbres lombaires et se prolonge au devant des reins ; on y voyait diverses fossettes d'où découlait du pus ; les autres parties du bas-ventre paraissaient en bon état. » Cette courte observation est loin d'indiquer l'action certaine de la syphilis sur le péritoine ; une affection osseuse avec foyer purulent (3) est ici chose beaucoup plus probable.

Albert Puech (4) rapporte un autre cas de lésion péritonéale dont l'origine spécifique n'est pas mieux prouvée. Un homme, qui avait eu autrefois un chancre, était atteint d'une exostose du tibia et présentait les caractères de la maladie bronzée, en même temps que différents symptômes indicateurs d'une dysenterie chronique. Il succombe, et à l'autopsie on constate des ulcérations nombreuses très-petites dans l'estomac, beaucoup plus développées dans le gros intestin, des collections dans le foie, les unes purulentes, les autres seulement ramollies, une intégrité parfaite des capsules surrénales. En dehors des points envahis par l'inflammation, la séreuse intestinale et mésentérique est

(1) Voyez *Bull. de la Société anatomique*, 1855, p. 26. — Voyez de plus, dans Virchow, une observation où existe un *rétrécissement du conduit de Wirsung*.

(2) *Anat. médicale. Ulcér. du péritoine*, t. V, p. 126, 1803.

(3) Nous avons dans quelques cas rencontré en avant des vertèbres lombaires une ou plusieurs masses saillantes non suppurées, constituées par du tissu conjonctif et de la graisse, sans altération notable de la membrane péritonéale.

(4) A. Puech, *Moniteur des hôpitaux*, p. 1045, 1857.

parcourue, d'espace en espace, par des productions pathologiques particulières. Ces productions, au nombre de trente ou quarante, sont constituées par de petites plaques arrondies, discoïdes ou quadrilatères, blanchâtres et légèrement saillantes, les unes de l'étendue d'une lentille, les autres de la largeur d'une pièce de 20 ou de 50 centimes.

Dans ce fait, la nature syphilitique des lésions péritonéales ne peut être sûrement établie, car, indépendamment de leur multiplicité, ces lésions sont accompagnées d'altérations qui ne paraissent nullement spécifiques. Quoi qu'il en soit, si la péritonite gommeuse ne peut être acceptée jusqu'ici, il n'en est pas de même de la péritonite membraneuse adhésive. Signalée par Simpson (d'Édimbourg) chez les nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire, cette dernière affection n'est pas absolument rare chez l'adulte (1). Elle a pour caractère d'être partielle, de siéger au niveau des viscères et principalement à la surface du foie. On trouvera dans les observations ultérieures un certain nombre de ces péritonites partielles (périhépatite, périsplénite). Plus rarement cette affection se généralise tout en conservant les mêmes caractères, comme semble le démontrer le fait suivant que nous a communiqué le docteur Hérard.

Exostoses des clavicules et de l'os malaire gauche. Tumeur gommeuse de la scissure de Sylvius. Foie atrophié et déformé. Phlébite adhésive de la veine-porte et péritonite membraneuse sans ascite. Hypertrophie de la rate, des glandes lymphatiques abdominales et du corps thyroïde. Altération des reins.

Obs. XXVIII. — Un homme robuste contracta, il y a plusieurs années, une syphilis parfaitement caractérisée. Entré en 1861 à l'Hôtel-Dieu pour des exostoses multiples, il fut pris, pendant son séjour, de convulsions épileptiformes, et depuis lors sa parole resta embarrassée comme dans la paralysie générale. Reçu plus tard à Lariboisière, dans le service de M. Hérard, ce malade avait la parole lente et difficile, sans paralysie notable, l'intelligence faible; puis il présenta une ascite intermittente, de l'amaigrissement, un état cachectique et plusieurs érysipèles à la suite desquels il succomba. Sur l'obligeante invitation de M. Hérard et de M. Ranvier, son interne, l'autopsie fut faite par nous 36 heures après la mort.

Fig. 4. — A, lobe droit du foie. — *a*, lobe gauche. — *b*, vésicule biliaire. — *c*, cicatrice avec dépression de la surface du foie. — *d*, autre cicatrice. — *e*, ligament suspenseur (1/4 de volume).

Autopsie. — La surface de la peau, envahie par l'érysipèle, est couverte de nombreuses sugillations. La paroi abdominale antérieure adhère dans toute son étendue aux anses intestinales, accolées entre elles, de façon à ne former qu'un seul paquet. Des fausses membranes peu lisses, résistantes, blanchâtres et en apparence anciennes, unissent ces différentes parties. Le foie est comme perdu au milieu des produits pseudo-membraneux, il n'a plus sa forme ordinaire. Le lobe droit, rapetissé, offre plusieurs dépressions rayonnées sur sa face convexe (fig. *h*) ; sa consis-

(1) Voyez : Murchison, *Affection syphilitique du foie, du péritoine et de la dure-mère. The Lancet*, 30 nov. 1861. — E. Wagner, dans *Archiv der Heilkunde*, 1863.

tance est ferme, sa coloration d'un jaune terne, sa surface chagrinée. A la coupe on constate la présence de cicatrices étoilées, résistantes, constituées par un tissu fibro-vasculaire comme ecchymosé en certains points, et d'où partent des prolongements fibreux (fig. 5 et 6). Les cellules hépatiques manquent en plusieurs endroits. Le petit lobe et les éminences portes sont réduits à une languette d'aspect fibreux lardacé, d'une longueur de $0^m,05$ sur $0^m,01$ ou $0^m,02$ d'épaisseur. C'est la trame fibreuse du foie qui est, en somme, le foyer de cette altération que révèlent la présence de cicatrices et une déformation caractéristique.

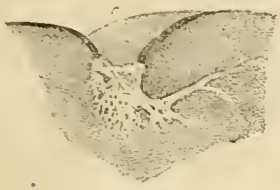


Fig. 5. — *c'*, coupe verticale de la cicatrice vue en *c* (*fig.* 4).

Fig. 6. — *h*, *h'*, cicatrices dans l'épaisseur même de la substance hépatique.

Le tronc de la veine porte et la plupart de ses branches sont presque complétement oblitérés par des fausses membranes ou des cordons fibreux parsemés de taches noires pigmentaires. Les parois de ce vaisseau sont épaissies et vasculaires sur plusieurs points, ce qui porte à croire à l'existence d'une phlébite liée à la même cause qui a amené l'altération du foie.

La rate adhère aux parties voisines; sa capsule, épaissie en plusieurs points, présente çà et là des taches laiteuses d'où émanent de petits prolongements fibreux. Les ganglions mésentériques sont volumineux, fermes et blanchâtres au voisinage du foie et du pancréas; ailleurs, ils sont plus gros, plus mous et d'une teinte rougeâtre ; mais c'est surtout dans la région du bassin que ces glandes sont manifestement altérées dans leur volume, leur consistance et leur coloration. Le corps thyroïde est hypertrophié. Le pancréas est petit et dur. Les reins, augmentés de volume, sont affectés de dégénérescence amyloïde légère. Les testicules sont réduits de volume, ils offrent une coloration jaune foncé; les canalicules spermatiques sont altérés. Les poumons sont œdématiés à leur base : un noyau crétacé du volume d'un pois se rencontre au sommet droit, quelques noyaux semblables sont répandus à la surface des lobes.

Les os du crâne sont épaissis et friables. La dure-mère adhère en un point à la substance cérébrale ; la pie-mère est le siége de taches laiteuses, le liquide céphalo-rachidien est abondant. La substance cérébrale, d'aspect normal, ne paraît pas altérée ; cependant, au niveau du point où adhère la dure-mère, on constate une petite excavation pouvant recevoir l'extrémité du pouce et qui contient une bouillie jaune (pl. II, fig. 7); tout autour la pulpe est ramollie et jaunâtre, plus loin elle est rougeâtre et très-vasculaire. La substance jaune est constituée par des granulations graisseuses abondantes et des corpuscules granuleux probablement d'origine conjonctive. Les éléments nerveux de la substance grise sont altérés, les tubes détruits ou cassés. Dans d'autres parties, l'élément conjonctif a subi une hyperplasie notable, que l'œil seul a peine à soupçonner (1).

Ce fait n'a pas besoin de commentaires, l'infection syphilitique est ici manifeste, tant à cause des antécédents du malade que des caractères particuliers

(1) Cette observation a été publiée dans *Gaz. hebd.*, p. 59, 1864.

des altérations rencontrées à l'autopsie. Les déformations cicatricielles du foie et la lésion de l'encéphale ne laissent aucun doute à cet égard. Quant à la péritonite, il y a également lieu de l'attribuer à la syphilis, vu la fréquente coïncidence de cette altération avec les lésions syphilitiques du foie, et l'absence d'une cause qui puisse en expliquer la genèse.

Un point de physiologie pathologique digne d'être noté dans cette observation c'est, malgré l'oblitération presque complète de la veine porte, le défaut d'épanchement péritonéal. Ce fait rare nous paraît trouver son explication, indépendamment de la dilatation des veines de la paroi abdominale, dans l'adhérence de la paroi abdominale antérieure à la masse intestinale ou même à la colonne vertébrale, dans l'existence de fausses membranes dont l'organisation parfaite a pu contribuer à la résorption de la sérosité antérieurement épanchée. Ajoutons que, dans les faits de syphilis viscérale rapportés plus loin, la péritonite, lorsqu'elle existe, se présente toujours avec les caractères qu'elle a dans l'observation précédente. Aucun fait ne démontre qu'une péritonite aiguë suppurative soit jamais survenue dans ces conditions. Il est encore à l'état d'hypothèse que la substance ramollie d'une gomme hépatique se soit déversée dans la cavité du péritoine et l'ait enflammée.

La péritonite tuberculeuse et certains cas de péritonite membraneuse chronique, tels que ceux qui s'observent chez les individus adonnés aux boissons alcooliques, ne sont pas sans analogie avec la péritonite syphilitique. L'ascite, dans tous ces cas, peut cesser d'exister à un certain moment ; mais si les désordres symptomatiques sont peu dissemblables, reconnaissons que les commémoratifs et les troubles concomitants sont toujours différents. En effet, si le foie et la rate sont généralement augmentés de volume dans les cas de péritonite syphilitique, les poumons sont le plus souvent lésés dans la péritonite tuberculeuse, et, en même temps que la péritonite alcoolique, il existe habituellement des pituites stomacales, des crampes, des fourmillements, de l'anesthésie aux extrémités des membres, etc.

ARTICLE V. — APPAREIL DE L'HÉMOPOÏÈSE.

Nous réunissons sous ce chef les lésions syphilitiques des organes qui concourent à la formation du liquide sanguin. Cette communauté de fonction suffirait déjà pour légitimer ce groupement ; mais ce qui a surtout contribué à notre décision, c'est l'altération en général simultanée de plusieurs de ces organes, altération qui est toujours suivie d'anémie, ou plutôt du syndrome connu sous le nom de *cachexie*. Le foie et les glandes vasculaires sanguines sont du reste particulièrement prédisposés à subir l'influence de la syphilis tertiaire, et pour ce motif il convient d'étudier dans un même chapitre les désordres qui s'y rencontrent.

§ 1. — Hepatite syphilitique.

Bibliographie. — Rayer, *Traité des maladies des reins*, t. II, p. 486, 1837. — Dittrich, *Prager Vierteljahrschrift*, 1849, t. I, p. 1, et 1850, t. II, p. 33. Analyse dans *Annal. des malad. de la peau, etc.*, t. III, p. 245. — Richard, *Clinique icono-graphique de l'Hôpital des vénériens*. Paris, 1851. — Gubler, *Mémoire sur une nouvelle*

affection du foie liée à la syphilis héréditaire chez les enfants du premier âge; Gaz. méd. de Paris, 1852, et Mémoires de la Société de biol., t. IV, p. 25. — Quélet, *Essai sur la syphilis du foie.* Thèse de Strasbourg, 1856. — Schutzenberger, dans *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg.*, 1857, p. 279. — Lecontour, *Des affections syphilitiques du foie.* Thèse de Paris, 1858. — Willis, *The Lancet*, janv. 1857 et 12 juin 1858. — Budd, *On the diseases of the liver*, 2e édit., 1857, p. 416. — Abelin et Duben, *Foie syphilitique*, Dublin med. Press, n° 1079, 1860. — R. Virchow, *La syphilis constitutionnelle*, trad. franç. de P. Picard. Paris, 1860. — Leudet, *Recherches cliniques pour servir à l'histoire des lésions viscérales de la syphilis*, Moniteur des sciences médicales, 1860, p. 1131. — Fr. Keesbacher, *Lebersyphilis*, Wien. Wochenblatt, XVII, n° 36. — Murchison, *Syphilitic disease of the liver diaphragm and dura mater*, Lancet, t. II, 1861. — Heschl, *Zur Kenntniss der syphilit. Leberaffection.*, OEsterr. Zeitschrift für praktische. Heilkunde, mars 1862, nos 10 et 12, t. VIII, et Schmidt's Jahrbücher, t. CXVIII, p. 43. — H. Biermer, *Ueber Syphilis der Leber und Milz.* Casuistische Mittheilungen., etc., Schweiz Zeitschrift für Heilkunde, I, 1 et 2, p. 118, 1862. — Lancereaux, *Sur les cicatrices du foie*, Bulletin de la Société anat. de Paris, t. XXXVII, p. 33, juillet et août 1862. — Sam. Wilks, *On the syphilitic affections of internal organs*, Guy's hospital Reports, 1863. — Ernest Faligan, *Des affections syphilitiques du foie.* Thèse de Paris, 1863. — Oppolzer, *Syphilis der Leber.* Wien. Med. Hall., IV, 10, 24, 26, 27, 1863, et Schmidt's Jahrbücher, t. CXX et CXXIV. — Hérard, *De la syphilis du foie*, Union méd., 31 mai, p. 400, 1864. — L. R. Haldane, *Case of cirrhosis of the liver with syphilitic deposit.* Edinburg Med. Journ., 1864. — Grainger Stewart, *Affection syphilitique du foie*, Brit. Rev., XXXIV, p. 512, octobre 1864. — Lancereaux, *Des lésions viscérales syphilitiques*, Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg., 1864. — Coco Dieco, *Il Morgagni* VIII. — H. Weber, *Transact. of the path. Soc. of London*, t. XVII, p. 153, 1866, et *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, p. 301, 1866. — Vecchi, *Giornale ital. d. mal. venere e d. pelle*, 2, 1869.

L'idée que le foie peut prendre part aux désordres qu'apporte dans l'organisme la présence du virus syphilitique n'est certainement pas neuve. Elle régnait déjà parmi les premiers syphiligraphes, mais tous étaient loin d'être d'accord sur les changements que subit dans ces conditions la glande hépatique. Les uns voyaient dans la syphilis du foie un accident consécutif, et de ce nombre étaient Jac. Cataneus, G. Vella, A. Ferro (1). Les autres, au contraire, faisaient du foie le foyer principal de la maladie, par exemple Ant. Musa Brassavole, et plus tard Montanus, Ant. Gallus (2), Fallope (3), Ranchin (4), G. Keil (5). Cette dernière opinion était peu soutenable, et elle s'évanouit le jour où l'on se livra avec soin à l'étude de l'anatomie pathologique ; dès lors les hypothèses durent tomber devant les faits.

Dans le siècle dernier et même dans les premières années de celui-ci, quelques observateurs, et particulièrement Bonnet (6), Astruc (7), Baader (8), Van Swieten (9), Cirillo (10), Portal (11), rapporterent des faits assez peu complets

(1) Voy. Aloys. Luisini Aphrodis., p. 151, 207, 433.
(2) Voyez Aphrodisiacus, p. 455, 554, 658.
(3) Fallope, *Tractatus de morbo Gallico*, cap. XII-XIII.
(4) Ranchin. *An hepar sit in lue venerea pars vitio affecta*, 1604.
(5) G. Keil, *Dissertatio inauguralis de lue venerea*, Marpurgi, 1614.
(6) Bonnet, *Sepulchretum.*
(7) Astruc, *loc. cit.*, p. 96, t. IV.
(8) Baader, *Observat. med. incisionibus cadav. anatom. illustr.*, p. 181.
(9) Van Swieten, *Comment. in Boerhaav. Aphorism.*, t. V, p. 371. Paris, 1773.
(10) Cirillo, *Traité complet des maladies vénériennes.* Paris, 1803, p. 136.
(11) Portal, *Maladies du foie.* Paris, 1813.

d'affections hépatiques liées à la syphilis ; aussi ces faits étaient-ils tombés dans l'oubli, lorsque Ricord et Rayer attirèrent de nouveau l'attention des médecins sur les lésions syphilitiques du foie. Plus récemment, Dittrich de Prague et Gubler étudièrent avec soin ces altérations, l'un chez l'adulte, l'autre chez l'enfant. Dans ces dernières années enfin, plusieurs observations intéressantes ont été produites sur le même sujet, en Angleterre par Wilks (1) et Bristowe (2) ; en Allemagne par Virchow, Frerichs (3), Oppolzer ; en France par Dufour (4), Lendet, Hérard, Proust (5) ; en Suisse par Biermer. Le moment est venu de réunir les faits épars, de les grouper, de les coordonner, et de chercher à en tirer des déductions générales au point de vue du diagnostic et du pronostic. Pour accomplir cette tâche difficile, nous ajouterons aux travaux de nos devanciers les recherches qui nous sont personnelles.

Étude anatomique. — Les affections syphilitiques du foie présentent des modalités ou formes anatomiques qu'il importe de bien connaître pour comprendre la variété de leurs symptômes. Ces formes distinctes, souvent coexistantes, ont, de l'analogie, les unes avec la cirrhose du foie (hépatite syphilitique diffuse), les autres avec les tumeurs du même organe (hépatite circonscrite ou gommeuse).

L'hépatite syphilitique diffuse ou cirrhose syphilitique, beaucoup plus rare que l'altération gommeuse, n'atteint, en général, qu'une partie de la glande hépatique. Comme l'orchite syphilitique, elle est caractérisée à son début par une vascularisation plus ou moins marquée et l'apparition d'un tissu conjonctif embryonnaire dont la plus grande partie se transforme peu à peu en tissu fibreux. Un premier effet de cette nouvelle formation, qui a son point de départ dans la trame conjonctive et la paroi des capillaires, consiste dans un épaississement de cette trame et conséquemment dans une augmentation plus ou moins grande, mais généralement assez peu considérable, du volume du foie. Après un certain temps, quand les jeunes éléments ont acquis un développement complet, les choses changent de face en vertu des propriétés rétractiles inhérentes à ce tissu nouveau comme à tous les tissus de cicatrice. La surface du foie présente en plusieurs points des sillons de plus en plus profonds, et qui, par leur disposition et la déformation qu'ils provoquent, ne manquent pas de donner à la glande un certain cachet de spécificité. Celle-ci adhère à l'aide de brides résistantes ou de cordons ligamenteux au diaphragme, plus rarement aux organes de voisinage, à la capsule surrénale et au rein, en sorte qu'il est parfois difficile de l'extraire de la cavité abdominale. Ses bords sont anfractueux, irréguliers, méconnaissables ; ses faces, bosselées, inégales, sont labourées de nombreux sillons qui, le plus souvent, irradient du ligament suspenseur, et au fond desquels existe un tissu fibreux résistant

(1) Wilks, *Transact. of the pathological Society*, t. VII et *loc. cit.*
(2) Bristowe, *Transact. of the path. Soc.*, t. X.
(3) Frerichs, *Traité des malad. du foie*, 1re édit., 1862 ; 2e édit., traduct. française. Paris, 1866.
(4) Ch. Dufour, *Bull. de la Soc. anat.*, 1851.
(5) Proust, *Bull. de la Soc. anat.*, p. 459, 1862.

(voyez pl. I, fig. 1 et fig. 1'). Par suite de cette disposition, la surface de la glande hépatique présente un aspect lobulé et une certaine ressemblance avec celle du rein des jeunes veaux. A la coupe, on voit partir du fond des sillons des prolongements qui circonscrivent des îlots plus ou moins étendus, mais en général de plusieurs centimètres de diamètre, ce qui donne à l'intérieur de la glande une apparence mamelonnée analogue à celle de sa surface. La substance hépatique comprise entre les cloisons fibreuses est plus ou moins modifiée ; sa consistance est ordinairement ferme ; sa coloration est foncée, ou jaunâtre. A côté de cette forme d'altération il en est une autre beaucoup plus rare et qui se traduit par une induration plus générale du parenchyme hépatique. Cette dernière, qui se rapproche davantage de la cirrhose ordinaire, s'observe peu de temps après les accidents secondaires.

La capsule de Glisson et les cloisons qui s'en échappent sont le siége tout particulier de l'hépatite syphilitique, et c'est leur rétraction surtout qui fournit au foie sa forme spéciale. L'examen microscopique de cette altération donne des résultats variables : d'abord on trouve, à la circonférence et dans l'épaisseur du lobule hépatique, de petites cellules arrondies ou fusiformes ; plus tard on rencontre ces mêmes éléments atrophiés et graisseux, ou organisés. Les cellules hépatiques, presque toujours simultanément altérées, conservent rarement leurs dimensions normales ; elles sont plus volumineuses et remplies de graisse, ou bien elles ont subi, en même temps que les parois des capillaires, la dégénérescence amyloïde. En général, elles sont atrophiées dans le voisinage des cloisons fibreuses, tandis qu'ailleurs elles sont ou normales ou augmentées de volume.

Peu distincte à son début, l'hépatite syphilitique diffuse présente plus tard des caractères qui permettent peu de la méconnaître. La cirrhose alcoolique, malgré un certain degré de ressemblance, n'offre pas les énormes lobules qui donnent à la cirrhose syphilitique l'aspect des reins des jeunes animaux, et ne présente jamais les vastes îlots séparés par des cloisons fibreuses de cette dernière. Elle est constituée par des granulations petites et souvent égales formant à la surface et dans l'épaisseur du parenchyme de petits grains jaunes ou brunâtres saillants et du volume d'un grain de raisin. Cette disposition est en rapport avec le siége de la prolifération, qui, chez les ivrognes, affecte plus spécialement le tissu conjonctif interlobulaire et les vaisseaux-portes. Aussi la capsule est-elle en général très-peu épaissie ; jamais, du reste, elle n'est labourée de sillons profonds, et rarement elle adhère aux organes voisins. Ajoutons que la cirrhose syphilitique s'étend au lobule, qu'elle est le plus souvent partielle, tandis que l'hépatite alcoolique est toujours générale, et l'on comprendra que la différence entre ces deux affections est des plus manifestes (1). La cirrhose qui s'observe quelquefois chez les fondeurs en cuivre se distingue également bien des deux variétés précédentes (2). Dans l'altération hépatique consécutive à la gêne circulatoire produite par les affections cardiaques, le foie, induré, ferme, lisse à sa surface, d'une teinte jaunâtre pointillée de brun (foie noix

(1) Planche I, fig, 2, se trouve dessinée une portion de foie atteint de cirrhose alcoolique. Comparez ce dessin avec celui de l'hépatite syphilitique représentée, fig. 1.

(2) Voyez sur cette lésion l'article Alcoolisme du *Dictionn. encyclopédique des Sciences médicales*, t. II, p. 635, et notre *Atlas d'anat. pathologique.*

muscade), n'offre jamais les épaississements fibreux de la cirrhose syphilitique.

Les faits qui servent de base à cette description sont déjà nombreux ; mais comme il serait trop long de les rapporter avec tous leurs détails, nous nous contenterons de donner un court résumé, ou simplement l'indication des principaux d'entre eux, nous réservant de ne publier *in extenso* que l'observation suivante :

Cachexie syphilitique, pneumonie et phlegmon du bras ; érysipèle et mort. — Altération des poumons et dégénérescence cireuse de la paroi ventriculaire du cœur gauche ; hépatite diffuse ; lésions rénale et splénique ; hypertrophie de la glande thyroïde.

Obs. XXIX. — F...., âgée de quarante-sept ans, marchande ambulante, admise à l'hôpital de la Pitié, le 15 avril 1861, est une femme amaigrie et depuis longtemps souffrante, elle se plaint d'une douleur violente dans le côté droit de la poitrine et vers l'épine de l'omoplate du même côté. On constate à l'auscultation tous les signes d'une pneumonie récente. Le 16 avril, *saignée de 250 grammes ; vésicatoire volant entre les deux épaules.* Le 20, les crachats perdent leur viscosité et leur coloration ; l'expectoration est abondante ; il existe des râles de retour. Malgré cette amélioration apparente, le teint cachectique de la malade, le refroidissement de ses extrémités, la petitesse de son pouls, phénomènes qui paraissent fort peu en rapport avec l'état local de l'appareil respiratoire, ne laissent pas que d'inquiéter. Le 27, les râles ont en partie disparu ; le pouls conserve sa petitesse et sa fréquence, et la peau reste froide. Un phlegmon développé à la suite de la saignée du bras est aussi presque complétement disparu, mais il survient un érysipèle qui gagne le sein, envahit le tronc et amène la mort en trois jours.

Autopsie. — Œdème des jambes sans thrombose. A 3 centimètres de la vulve, sur la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, existe une cicatrice circulaire large, de 2 à 3 centimètres d'étendue. Entre l'anus et la vulve, existent plusieurs autres cicatrices, dures, blanchâtres et légèrement saillantes. Elles sont froncées et de forme circulaire, ce qui indique assez leur origine. Le cerveau et ses enveloppes ne sont pas sensiblement altérés. Le corps thyroïde a le volume d'un œuf d'oie et une apparence cireuse.

Léger épanchement de sérosité dans la plèvre droite. Hépatisation du sommet du poumon du même côté. Adhérence du sommet du poumon gauche, dont la base, comme celle du poumon droit, offre sur quelques points des traînées blanchâtres dues à l'épaississement des cloisons interlobulaires.

Le péricarde est sain ; la cavité ventriculaire gauche est dilatée ; ses parois offrent une épaisseur de 2 centimètres ; sa surface de section est lisse et polie, d'aspect lardacé, comme cireux. D'une coloration jaune brunâtre, cette paroi résiste à la pression et laisse voir sur quelques points des taches blanchâtres au niveau desquelles on ne trouve que des fibres de tissu conjonctif. Le cœur droit paraît sain. Recouvert d'une légère couche de graisse, il contient un coagulum fibrineux, mou et de formation récente. Les valvules sont intactes à droite ; à gauche, les valvules aortiques sont épaissies et indurées à leur base, plusieurs végétations se rencontrent à la surface de la valvule mitrale. La crosse de l'aorte, dilatée, présente plusieurs plaques jaunes disséminées. Quelques-unes des fibres musculaires sont lisses, homogènes et très-réfringentes ; d'autres offrent une altération granuleuse, surtout à leur partie centrale ; un certain nombre d'entre elles sont intactes.

Le foie adhère au diaphragme dans une grande partie de son étendue, et il est difficile de l'en détacher, tant les membranes qui l'unissent sont anciennes et intimes. Ces adhérences unissent encore le foie au rein droit, et c'est chose difficile que de séparer ces deux organes. Retirée de l'abdomen, la glande hépatique est parcourue par des sillons nombreux et profonds, qui la divisent en un grand nombre de lobules et lui donnent un aspect assez semblable aux reins des jeunes ani-

uriux. Ces sillons, qui ont de 1 à 2 centimètres de profondeur, occupent le voisinage du ligament supérieur et le lobe droit. Ils se trouvent sur les deux faces de l'organe et principalement sur la face concave. Le lobe gauche est diminué de volume, et tellement labouré par ces sillons qu'il est méconnaissable. Le foie tout entier a 22 centimètres de hauteur, et une largeur de 23 centimètres; sa forme est profondément modifiée, et il est assez difficile de distinguer ses différentes parties (pl. I, fig. 1 et fig. 1'). Les bords présentent, ainsi que les faces, des scissures très-profondes dont quelques-unes sont comblées par du tissu fibreux. Les vaisseaux du foie sont libres et intacts. La section laisse voir un épaississement tellement considérable, qu'il atteint 1 centimètre d'épaisseur environ (pl. I, fig. 1'): ces cloisons circonscrivent et atrophient un plus ou moins grand nombre de lobules, et c'est à leur rétraction qu'est dû l'aspect tout particulier du foie. La substance hépatique comprise entre ces cloisons uniquement formées de fibres conjonctives et de granulations graisseuses, est d'une coloration légèrement jaunâtre. Les cellules hépatiques sont les unes normales, les autres atrophiées et granuleuses; quelques-unes enfin sont plus volumineuses et renferment d'abondantes granulations graisseuses. Le tissu conjonctif qui accompagne les ramifications de la veine porte ne paraît pas être altéré, et cette circonstance rend compte de l'absence d'ascite.

La rate a 22 centimètres de long et 12 de large; moins intimement unie que le foie au diaphragme, elle adhère aussi au rein correspondant; la tunique extérieure est épaissie vers sa partie moyenne, où existe une large plaque blanche. Plusieurs taches brunâtres, infarctus hémorrhagiques, se voient à la surface. La coloration du parenchyme est jaunâtre. Les glandes lymphatiques offrent deux aspects différents; dans l'aine gauche, au voisinage de la cicatrice dont il a été question, elles sont doublées ou triplées de volume et comme purulente; il en est de même dans l'aine droite. Les ganglions situés en avant de la colonne vertébrale sont un peu moins volumineux et de coloration jaunâtre ou brunâtre.

Les reins sont jaunâtres et marqués de dépressions à fond induré, analogues à des cicatrices, plus ou moins profondes et étendues. Plus volumineux et moins déprimé que le rein droit, le rein gauche présente à la coupe une surface lisse non granuleuse, parcourue de vaisseaux gorgés de sang. A l'examen microscopique, la trame de substance conjonctive est épaissie (hyperplasie), surtout au voisinage des corpuscules de Malpighi, qui pour la plupart sont petits et atrophiés. Quelques-uns des tubuli sont aussi atrophiés, les autres renferment des cellules épithéliales altérées et chargées de granulations graisseuses (1).

Observé à une époque où les manifestations syphilitiques des viscères préoccupaient fort peu le clinicien, ce cas ne fait point mention des antécédents pathologiques de la malade, et ne permet pas de suivre la filiation des accidents syphilitiques. Deux circonstances cependant conduisent à admettre ici l'existence de la syphilis : la présence de cicatrices particulières à la région du périnée et un état de cachexie que rien ne parvenait à expliquer. Ce premier point accepté, c'est bien à la syphilis que doivent se rattacher les lésions anatomiques constatées à l'autopsie, si l'on tient compte des observations suivantes, tout à fait démonstratives à cet égard.

Une femme âgée de quarante-deux ans se plaignait de douleurs vagues dans l'abdomen, de mauvaises digestions, de perte d'appétit et de constipation. Elle offrait en même temps un ictère peu marqué à la peau, mais manifeste aux sclérotiques; le foie, augmenté de volume, présentait des bosselures distinctes à la palpation. Plus tard on vit survenir de la céphalalgie, une amaurose, des convulsions, du

(1) Cette observation a été publiée dans la *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurgie*, p. 547, 1864.

délire et du coma, accidents qui furent bientôt suivis de la mort. L'autopsie révéla l'existence d'une altération des os du crâne et un tubercule gommeux du corps pituitaire. Le foie, volumineux, adhère au diaphragme et présente un aspect lobulé tout particulier; sa surface est semée de sillons nombreux et de bosselures produites par la rétraction de cloisons fibreuses que projette la capsule épaissie dans l'épaisseur du parenchyme légèrement jaunâtre. Le péritoine contient peu de liquide; la plupart des glandes vasculaires sanguines sont augmentées de volume (1).

Les observations LX, LXI et LXXI du traité de Frerichs sur les maladies du foie signalent l'existence d'adhérences multiples au diaphragme et aux organes voisins, la déformation, l'état lobulé et l'augmentation ou la diminution de volume du foie syphilitique. L'observation IX du mémoire de Leudet (2) est un autre exemple de ce genre d'altération. Le foie, réduit au moins d'un tiers de son volume normal, jaune fauve, très-irrégulier à sa surface, est coupé de nombreuses dépressions cicatricielles qui interceptent des mamelons irréguliers de substance hépatique, principalement au niveau du ligament suspenseur. Ces dépressions correspondent, à la coupe, à d'épaisses bandes de tissu cellulo-fibreux suivant le trajet des vaisseaux et interceptant des portions étendues du parenchyme hépatique. Partout, même dans les points où ces dépressions n'existent pas, de larges bandes fibreuses suivent la direction des vaisseaux, mais là beaucoup moins épaisses que dans les endroits déprimés. Dufour a rapporté un fait où se retrouvent les mêmes altérations. Un foie recueilli par Gallard (3) sur un adulte syphilitique était irrégulièrement bosselé, maintenu, par des adhérences sous forme de brides fibreuses solides, au diaphragme et à la face antérieure de l'estomac; des tractus blanchâtres partaient de ces brides pour pénétrer dans l'épaisseur du parenchyme.

L'hépatite circonscrite ou gommeuse, peu connue des médecins des siècles précédents, a été étudiée avec soin dans ces derniers temps. Cirillo paraît avoir entrevu cette affection : « Si le foie, dit-il, s'endurcit et acquiert un volume démesuré, la substance qui le compose paraît ordinairement comme recouverte de petits grains ronds et distincts les uns des autres, elle est jaune et très-dure intérieurement; en l'ouvrant on sent sous le bistouri de petits corps solides analogues à des grains de sable fin. » Ricord fixe l'attention d'une façon plus spéciale sur ces productions qu'il compare au tubercule gommeux du tissu cellulaire et qu'il décrit comme il suit dans un fait de sa *Clinique iconographique :* « Le foie, d'un volume moyen, d'une coloration et d'une consistance ordinaires, présente à la surface convexe de son lobe droit une tumeur assez irrégulièrement arrondie, de la grosseur d'une noix, un peu saillante, mais presque entièrement plongée dans la substance de l'organe. Cette tumeur, divisée en deux parties, semble entourée d'une espèce de kyste; elle est formée du reste par un tissu dur et dense, assez homogène, criant un peu sous le scalpel et n'offrant aucune trace de vaisseaux. Elle paraît

(1) L. Gros et Lancereaux, *Affections nerveuses syphilitiques*, 1861, p. 246, observation CXXIV.

(2) Voyez encore l'observ. XIX.

(3) Gallard, *Bull. de la Soc. anat.*, t. XXVII, p. 282.

présenter beaucoup d'analogie avec certains tubercules du tissu cellulaire qu'on rencontre fréquemment dans la syphilis tertiaire. »

Dans un paragraphe servant d'appendice au cancer du foie et intitulé : *Enkysted knotty tumors of the liver*, Budd (1) a donné sans le vouloir une excellente description des gommes du foie. Les caractères de l'altération hépatique, l'enkystement, l'aspect, la consistance caséeuse, comme aussi la constitution anatomique des tumeurs qu'il décrit, sont autant de conditions qui, même en l'absence de la mention des antécédents syphilitiques, ne peuvent laisser de doute sur la véritable origine d'une affection que l'auteur lui-même a grand embarras à faire entrer dans le cadre des maladies connues. Aussi, voulant donner une explication de cette altération, a-t-il été conduit à l'attribuer à la dilatation des conduits hépatiques par la présence de la matière colorante biliaire trouvée au centre des nodus. Mais, comme nous le verrons bientôt, cette particularité, assez commune aux tubercules syphilitiques du foie, trouve son explication dans ce fait, que les conduits hépatiques, sinon le tissu de leur voisinage, sont quelquefois le siége primitif, le point de départ de l'altération gommeuse. Dittrich de Prague et Wilks (2) firent connaître la liaison causale existant entre les nodosités étudiées par Budd et la syphilis constitutionnelle. Dans quelques faits personnels à ces auteurs, le foie, adhérent au diaphragme, présente des tumeurs plus ou moins nombreuses de volume variable, constituées par une substance d'un blanc jaunâtre, opaque au centre et enveloppée d'un tissu récent et transparent composé de fibres de tissu conjonctif et de cellules fusiformes. Virchow a rencontré des tubercules ou nodosités blanchâtres, sèches et entourées d'un tissu cicatriciel calleux ou tendineux, dans l'épaisseur de la glande hépatique chez des individus affectés de syphilis. Frerichs a vu ce genre d'altération avec profondes dépressions à la surface du foie. Bristowe (3), Meyer (4), Biermer et Wagner ont observé ces mêmes lésions, que, de notre côté, nous n'hésitions pas à rattacher à la syphilis dès l'année 1859, où déjà nous entretenions la Société de biologie de nos recherches à cet égard.

Dans la moitié au moins des cas connus, la glande hépatique, siége des nodus gommeux, a contracté, surtout au niveau des produits de nouvelle formation, des adhérences solides et résistantes avec les organes du voisinage et en particulier avec le diaphragme, contrairement à ce qui a lieu pour les productions cancéreuses, dans lesquelles ces adhérences sont exceptionnelles. Sa surface est en général parcourue par des sillons cicatriciels, des dépressions plus ou moins profondes ; son volume, normal dans quelques cas, est d'autres fois diminué, plus souvent augmenté, et ces changements tiennent d'une part à la rétraction qu'amènent la fonte et la résorption des gommes, d'autre part à l'accumulation plus ou moins considérable de substances grasses ou amyloïdes au sein du parenchyme hépatique, dans l'épaisseur des cellules et des parois vasculaires. Les tumeurs ou nodus sont multiples et profondément situées ;

(1) Budd, *Diseases of the liver*, p. 426, 2e édit. London, 1857.

(2) *Transact. of patholog. Society of London*, t. VIII et IX. — *Med. Tim.*, 3 juillet 1858, 10 janvier 1857. — *Gazette hebd.*, p. 142, 1859.

(3) *Transact. of the patholog. Society of London*, t. X.

(4) Meyer, dans *Schmidt's Jahresb.*, t. CXIV.

plus rarement superficielles, elles font saillie sous la capsule. Arrondies et d'un volume qui varie entre la grosseur d'un grain de millet, d'un pois, d'une noisette, d'une noix ou même d'un œuf, elles présentent dans certains cas la forme d'une lentille ou d'un haricot ; leur coloration est blanchâtre, grisâtre ou jaunâtre, leur consistance ferme ou un peu molle, suivant la proportion relative des éléments qui les constituent et leur degré plus ou moins avancé d'évolution. Ainsi, tantôt elles offrent une surface de section sèche, élastique, saillante au-dessus du tissu voisin, tantôt elles ont l'aspect d'une sorte de magma, d'où s'échappe parfois un liquide d'apparence laiteuse. Dispersés à la surface ou dans la profondeur du foie, agglomérés sur un ou plusieurs points, ces néoplasmes sont plongés au sein d'un tissu très-rétractile, toujours moins saillant à la coupe que la nodosité elle-même. Grisâtre et vasculaire, ce tissu, en cas d'agglomération des tumeurs, forme pour ainsi dire autant de loges à parois résistantes dans lesquelles est comprise la masse phymatoïde qu'il est parfois possible d'énucléer. Ce n'est pas une simple condensation de la trame du foie produite par le refoulement des cellules hépatiques, mais une nouvelle formation de vaisseaux, de noyaux, de corpuscules et de fibres de tissu conjonctif. La substance jaune centrale, au contraire, est peu vasculaire, et composée de cellules petites et de noyaux ronds, agglomérés au sein d'une trame fibrillaire. A mesure qu'on examine des portions plus rapprochées du centre de la tumeur, on observe des éléments plus fortement infiltrés de granulations graisseuses, et dans un état de destruction moléculaire plus avancée ; au centre même, souvent, il n'y a plus que des granulations qui, dans quelques cas, constituent une sorte d'émulsion dans laquelle nous avons constaté la présence de cristaux de cholestérine (pl. I, fig. 5″).

En résumé, les tumeurs gommeuses du foie sont composées de deux parties : l'une centrale, blanchâtre ou jaunâtre, mort-née en quelque sorte, et dont la métamorphose plus ou moins prompte est fatale ; l'autre, périphérique, grisâtre, résistante, fibreuse, vivace, qui, se comportant à la façon des tissus de cicatrice, favorise sans aucun doute la résorption des éléments dégénérés. Ainsi s'expliquent les nombreuses variétés de ces tumeurs, la possibilité de leur disparition, la rétraction et enfin la dépression si caractéristique du foie au niveau du point où elles ont primitivement existé. A la vérité, il est difficile de préciser le temps que mettent ces produits à parcourir les diverses phases de leur évolution ; mais ce temps ne semble pas devoir être très-long, car, d'après quelques faits que j'ai observés, il ne dépasserait pas toujours une année. Dans quelques cas rares, ces néoplasmes sont envahis par des sels calcaires et subissent une véritable pétrification comme le montre une observation rapportée plus loin. La résorption n'est plus possible alors, et le produit calcifié peut séjourner indéfiniment dans l'organe affecté. Telle est sans doute l'origine de formation d'un certain nombre de concrétions pierreuses trouvées dans le foie (1), et qui, au dire de Mérat, sont enveloppées d'un kyste fibreux.

Longtemps l'altération qui nous occupe a été confondue avec le tubercule et le cancer du foie dont elle diffère et par son évolution et par ses caractères

(1) Morgagni, *Epist.* XXXVIII, n° 52. — Bianchi, *Historia hepatica*, p. 55. Genevæ, 1725. — Mérat, *Dict. des sciences méd.*, t. XVI, p. 125.

histologiques. Oppolzer et Bockdalek considérèrent comme des cancers guéris les nodosités gommeuses et les dépressions cicatricielles qui leur succèdent, jusqu'au moment où Dittrich de Prague parvint à démontrer leur origine syphilitique en se servant des préparations anatomiques et des observations de ces mêmes auteurs. Des caractères tranchés séparent ces deux ordres d'altération : le foie cancereux n'a pas, avec les organes voisins, des adhérences comme le foie syphilitique. S'il est déformé par les bosselures dues à la saillie des tumeurs cancéreuses, il n'offre de cicatrices ni dans sa profondeur ni à sa surface. La tumeur cancéreuse, enveloppée par le tissu même de l'organe, n'est pas, comme la gomme, circonscrite par une zone fibreuse, épaisse, grisâtre; elle affecte une forme marronnée avec dépression centrale, et non globuleuse comme la tumeur syphilitique ; de plus, elle est très-vasculaire, quand cette dernière l'est à peine. Ces différences appartiennent d'une façon plus spéciale aux carcinomes mixtes ou encéphaloïdes. Quant au cancer épithélial, même lorsqu'il se présente sous forme de masses arrondies, globuleuses, un peu molles ou enkystées, il se reconnaît facilement par la nature des éléments qui entrent dans sa composition (épithéliums cylindriques).

Les tubercules du foie, qu'ils revêtent l'aspect de granulations miliaires grisâtres et transparentes, ou de noyaux jaunâtres du volume d'une lentille ou d'un pois, sont faciles à distinguer des tumeurs gommeuses par leur coexistence habituelle avec des lésions de même nature dans d'autres viscères et principalement dans les poumons. Pour ce qui est des masses tuberculeuses non syphilitiques que l'on a voulu voir dans le foie, il faut avouer que leur existence est au moins fort douteuse. Parmi les rares observations que nous connaissons à ce sujet, il en est une que rapportent Rilliet et Barthez (1), où, en l'absence même des antécédents syphilitiques, les bosselures du foie, la réduction du volume de cet organe, les lésions celluleuses de sa surface, sont autant de caractères qui nous paraissent plaider en faveur d'une affection plutôt syphilitique que tuberculeuse. C'est à plus forte raison à une affection de même origine qu'il faut encore rapporter un fait publié par la *Gazette des hôpitaux* (2), sous le titre de tuberculisation avec ratatinement cirrhotique du foie : les irrégularités, les brides, les bandes fibreuses, les bosselures signalées à la surface de l'organe, les masses tuberculeuses groupées en un point, sont, en effet, autant de caractères que nous retrouvons dans la plupart de nos observations, où une origine syphilitique est à l'abri de toute contestation. Resterait à séparer des gommes syphilitiques les tumeurs fibreuses du foie ; mais ces tumeurs sont en réalité fort rares : dans le seul fait qui ait passé sous nos yeux, il existait dans l'épaisseur de l'organe une énorme masse fibreuse encroûtée de sels calcaires, et, dans le voisinage, des tumeurs plus petites, mais néanmoins différentes des gommes par leur coloration uniforme, grisâtre ou rosée, par leur vascularité et le développement partout égal de leurs éléments.

Quelques observations mettront en lumière les caractères des gommes du foie.

(1) *Traité des maladies des enfants*, t. III, 2e édit., 1853, p. 846.
(2) *Gazette des hôpitaux*, n° 17, 10 février 1863.

Chancre, il y a huit ans ; amaurose, accès épileptiformes, contracture avec semi-paralysie du bras et de la jambe gauches. Mort, dans un accès épileptiforme. Autopsie. Kyste séreux du lobe antérieur droit. Atrophie des corps genouillés et des bandelettes optiques. Atrophie du pédoncule cérébral gauche et de la pyramide correspondante ; même lésion du faisceau médullaire du côté opposé. Cicatrices à la surface du foie, tumeurs gommeuses de cet organe.

Obs. XXX. — B..., âgé de trente-huit ans, journalier, admis le 14 novembre 1861 dans le service de M. Triboulet, est un homme d'apparence robuste, maigre, de teinte bronzée, un peu terreuse. Il eut, il y a environ huit ans, à la rainure du gland et du prépuce, un chancre dont on voit encore la cicatrice. On ignore s'il a eu des accidents secondaires ; mais un an environ après l'accident primitif, ce malade paraît avoir été pris presque en même temps d'amaurose, de contracture, et aussi très-probablement de convulsions. Il fut alors placé au dépôt de mendicité de Saint-Denis, où on le considéra comme épileptique, ce qui veut dire qu'il a eu plusieurs fois des symptômes épileptiformes.

Lors de son entrée à l'hôpital, ce malade a l'avant-bras fléchi sur le bras, par une contracture marquée du biceps; cette contracture, qu'il est possible de vaincre, se reproduit aussitôt. Le pied gauche est étendu et renversé en dehors, le tendon d'Achille fait relief en corde ; pas de contracture des doigts ni des orteils; ailleurs, pas de paralysie complète; le malade peut remuer et porter en divers sens le bras, les doigts et même le membre inférieur; la contracture l'empêche seulement d'en faire usage. Les membres ont conservé leur aspect normal, à part peut-être une légère atrophie ; la sensibilité y est intacte, l'exploration à la pression des nerfs de ces membres reste indolente. Les sens sont normaux, sauf la vue ; le malade ne distingue pas le jour de la nuit, il a les yeux fixes de l'amaurose, les pupilles dilatées ; par moments ses yeux sont agités d'un nystagmus violent, et en général ils ont de la tendance à se porter tous deux à gauche ; les deux axes visuels restent parallèles ; il n'y a par conséquent pas de strabisme. Intelligence absolument saine, le malade entend, comprend, répond à propos ; il ne fait aucun acte extravagant, seulement son moral est chagrin, et il parle de sa mort comme d'un débarras prochain ; il accuse une céphalée frontale, mais peu intense et n'ayant rien de spécial. Inappétence depuis dix ou quinze jours, urines volontaires et faciles, mais sédimenteuses. Mouvement fébrile avec redoublement nocturne ; sueurs au matin. Aucun autre trouble fonctionnel. Ainsi, symptômes anciens consistant en des accès épileptiformes, une amaurose complète et une contracture avec semi-paralysie du bras et de la jambe gauches ; puis, accidents fébriles aigus, à redoublement le soir, datant de dix à quinze jours.

On constate de plus, au niveau de l'articulation cléido-sternale, une ulcération cutanée à bords abrupts, à fond grisâtre, ayant toute l'apparence d'une gomme syphilitique ulcérée, et une alopécie très-marquée. Le 17 novembre, le malade, pour la première fois depuis son arrivée, dit avoir souffert de la tête ; il a éprouvé du côté gauche des douleurs qu'il compare à une sensation de bêtes qui le rongeraient. Il est moins souffrant le jour suivant, il a la peau chaude et suante, le pouls ample, à 100 pulsations, la langue chargée d'un épais enduit jaunâtre et tremblotante. Emétique. Le 19, le malade souffre moins la nuit qu'hier ; ses voisins remarquent qu'il parle haut dans son sommeil. Le matin, coma avec trismus, face vultueuse, nystagmus violent ; il est probable qu'il est survenu une attaque d'épilepsie avant notre arrivée. Le 21, attaques multiples d'épilepsie revenant coup sur coup, allant jusqu'à une asphyxie presque complète ; le malade demeure ainsi plus de quarante-huit heures sans connaissance, et il succombe.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne, on voit se répandre avec une sorte de jet une certaine quantité de liquide séreux. La partie antérieure de l'hémisphère droit est affaissée, fortement déprimée, et tellement adhérente à l'arachnoïde et à la dure-mère, qu'elle ne peut en être décollée. Une incision pratiquée d'arrière en avant montre que ce lobe a été remplacé par une sorte d'excavation formée d'un tissu conjonctif aréolaire. Cette excavation a pour limite supérieure anté-

rieure interne et externe la dure-mère doublée à peine d'une mince couche de substance grise ; en bas, il reste une plus grande quantité de pulpe nerveuse ; en arrière, il semble qu'il n'y ait aucune cloison de séparation avec le ventricule, mais comme celui-ci n'était ni dilaté ni rempli de liquide, il est évident qu'il devait y avoir une cloison intermédiaire. Du reste, une partie de la paroi postérieure du foyer est fermée par la substance de l'hémisphère, qui n'est altérée ni dans sa couleur, ni dans sa consistance, et semble seulement luisante, comme si une sorte de séreuse kystique la revêtait. Il est d'ailleurs facile de voir que le foyer ainsi substitué au lobe antérieur était un kyste séreux : il y a encore un endroit où il reste de la sérosité enveloppée dans un feuillet séreux transparent ; ce liquide est citrin et a toutes les apparences de la sérosité limpide ordinaire ; aucune trace d'échinocoques. Sur la limite interne et supérieure du foyer, il y a au dedans et au-dessous du ventricule une sorte d'enfoncement qui semble former une arrière-cavité en kyste ; cet enfoncement, également doublé de substance cérébrale, est revêtu d'une sorte de feuillet séreux ; il semble qu'on ait là une idée élémentaire de la manière dont le foyer a dû se développer en refoulant, en écartant, en atrophiant la substance encéphalique sans l'éroder. Le ventricule est sain, indépendant du foyer ; le corps strié, la couche optique du côté droit, sont intacts. Le chiasma et les bandelettes optiques sont réduits à une espèce de bandelette étroite, grisâtre, mince, ressemblant au premier abord à un vaisseau vide et affaissé ; il y a atrophie évidente de ces bandelettes et du chiasma. Les tubercules quadrijumeaux sont petits, les corps genouillés ont à peu près le même aspect, de part et d'autre ils sont peu saillants. On est frappé d'une atrophie relative du pédoncule cérébral droit, qui a près d'un tiers de volume de moins que le gauche ; la protubérance est moins saillante à droite, la pyramide du même côté est très-manifestement plus petite que celle de gauche. Le faisceau médullaire antérieur du côté gauche paraît plus petit que son congénère. Le reste de l'encéphale est sain, la substance grise est partout rouge violacé, ce qui résulte de l'asphyxie ultime. Ainsi, kyste séreux du lobe antérieur, atrophie des bandelettes optiques, des corps genouillés, du pédoncule et de la pyramide du côté droit et de la partie supérieure du faisceau médullaire gauche. La membrane grisâtre rosée qui occupe le lobe antérieur droit du cerveau est constituée par un tissu conjonctif vasculaire à fibres très-fines, au milieu desquelles se rencontrent quelques éléments cellulaires ou nucléaires, des granulations protéiques et graisseuses sans la moindre trace d'hématine ; dans le voisinage existent des fragments de fibres et des cellules nerveuses altérées. La substance grise des circonvolutions enveloppant une grande partie de cette production, il y a lieu de supposer que son siége primitif a été la substance blanche, et probablement la partie centrale du lobe antérieur. Les fibres nerveuses au niveau des pyramides sont atrophiées et grisâtres. Globes granuleux, atrophie et brisure des fibres nerveuses dans les bandelettes optiques ; épaississement de la trame conjonctive des nerfs optiques, altération des fibres nerveuses.

Les poumons ont seulement quelques adhérences ; on trouve un grand nombre de petits points hémorrhagiques disséminés dans leur parenchyme, surtout au niveau des lobes inférieurs. Le cœur est sain ainsi que les vaisseaux ; on trouve sur l'aorte plusieurs taches jaunes. Dans le cœur droit il y a un caillot fibrineux mince. Les testicules, la vessie, le pancréas sont sains. La rate a de 12 à 14 centimètres de longueur ; son épaisseur est augmentée dans la même proportion ; à la coupe, elle ne paraît pas sensiblement altérée. Son tissu est brunâtre, d'une consistance normale. Quelques ganglions mésentériques sont volumineux et altérés. Dans les reins on trouve des kystes du volume d'un pois.

Le foie est l'organe qui offre la lésion la plus caractéristique : sa largeur est de 25 centimètres, sa hauteur de 16 centimètres à droite, de 14 centimètres à gauche ; sa coloration est d'un rouge assez intense, avec taches violacées en avant. La face concave présente de nombreuses scissures longitudinales ou étoilées. La face convexe est parcourue par des scissures semblables à droite. A gauche, il existe, à côté du ligament suspenseur, une dépression qui lui adhère à l'aide d'une fausse membrane ; on y voit, en outre, une tache bleuâtre violacée, et une coupe faite à

son niveau découvre, dans l'épaisseur du parenchyme hépatique, trois tumeurs blanches, du volume d'un noyau de cerise ou d'une noisette, de la consistance du fromage mou (pl. I, fig. 3). Ces tumeurs sont séparées du parenchyme hépatique par un tissu conjonctif grisâtre; ce même tissu se trouve interposé entre chacune d'elles, où il est d'une coloration légèrement jaunâtre, très-résistant et criant sous le scalpel. Les tumeurs sont dans un état de ramollissement avancé, la moindre pression à l'aide d'une pince les pénètre facilement; assez molles vers leur partie centrale, elles sont composées presque exclusivement de granulations albuminoïdes ou graisseuses, de cellules ou de noyaux granuleux, les uns sphériques, les autres ovoïdes ou elliptiques; à leur périphérie existent une trame fibroïde, de la matière amorphe et des granulations peu abondantes. Ces productions sont séparées et circonscrites par un tissu conjonctif assez fin au milieu duquel se retrouvent des granulations graisseuses. Parmi les cellules hépatiques du voisinage, les unes sont atrophiées, les autres sont augmentées de volume et remplies de granulations graisseuses. Ailleurs, les cellules hépatiques sont infiltrées de graisse; partout la trame fibreuse est épaissie (1).

La nature syphilitique des tumeurs du foie n'est pas douteuse dans ce cas, et il y a lieu de croire que c'est à des tumeurs semblables qui auraient été résorbées qu'est due l'altération du lobe antérieur droit du cerveau. Les gommes hépatiques sont ici de moyen volume; dans certains cas elles sont beaucoup plus grosses (voyez pl. I, fig. 4). Par contre, d'autres fois, elles ne dépassent pas le volume d'un grain de millet. Chez une femme syphilitique observée par Dittrich, il y avait dans toute l'étendue des deux lobes du foie, vers la surface et dans la profondeur, en partie au voisinage des ramifications de la veine porte, en partie loin d'elles, des nœuds ou noyaux du volume d'un grain de millet ou d'un pois, ronds, gris, non énucléables. Les plus volumineux de ces noyaux avaient au centre une consistance molle, quelques-uns présentaient la métamorphose purulente (2). Nous savons maintenant ce qu'il faut penser de cette prétendue métamorphose des gommes en pus; inutile d'y insister de nouveau. L'observation suivante, qui vient encore nous renseigner sur les caractères propres à ces tumeurs, nous montre leur coexistence avec une orchite gommeuse et une altération des reins.

Tumeurs gommeuses du foie et des testicules. Lésions des reins et albuminurie.

Obs. XXXI. — Le nommé B..., âgé de cinquante-neuf ans, opticien, ancien militaire, habita autrefois l'Afrique, où il contracta un chancre et une fièvre intermittente. Admis à l'Hôtel-Dieu le 4 avril 1863, il présente de l'œdème aux membres inférieurs et accuse une faiblesse et un amaigrissement progressifs; ses urines sont fortement albumineuses; une ascite se développe qui prend des proportions considérables, sans que le foie paraisse sensiblement modifié dans son volume. D'abord inappétence, puis diarrhée et vomissements liquides brunâtres, peu différents des vomissements noirs propres au cancer de l'estomac. L'œdème des membres inférieurs augmente et la peau distendue se gangrène par places. L'amaigrissement continue, le marasme succède à la faiblesse, et la mort arrive le 25 mai.

Autopsie. — Le cerveau et ses membranes sont sains. Les poumons présentent à leurs sommets quelques masses tuberculeuses du volume d'une petite

(1) Ce fait est publié dans notre Mémoire sur *l'Amaurose liée à la dégénération secondaire des nerfs optiques*, Archives de médecine, janvier 1864.

(2) Comparez E. Wagner, dans *Archiv der Heilkunde*, 1863.

cerise. Le cœur est intact. Plusieurs litres de sérosité s'échappent de la cavité péritonéale. Le foie adhère en plusieurs points au diaphragme à l'aide de fausses membranes épaisses et résistantes, son volume est un peu exagéré ; à quelques centimètres du bord inférieur, à droite du ligament suspenseur, existent deux cicatrices froncées, infundibuliformes, et vers la moitié supérieure du lobe droit un léger renflement. A ce niveau, après le décollement du diaphragme, on aperçoit de petites tumeurs jaunâtres, légèrement saillantes. A la coupe, on découvre un plus grand nombre de tumeurs semblables qui sont les unes isolées, les autres agglomérées : les premières sont manifestement enveloppées d'une coque fibreuse grisâtre, de laquelle elles sont susceptibles d'être énucléées ; les secondes sont plongées au milieu d'un tissu fibreux dur, résistant, légèrement blanchâtre. Irrégulièrement arrondies, du volume d'un noyau de cerise ou d'une noix, ces tumeurs sont fermes, légèrement saillantes au-dessus du tissu qui les environne, dépressibles sous le doigt, élastiques, peu friables, de coloration blanchâtre tachetée de jaune (pl. I, fig. 4). Elles sont composées par de petites cellules rondes et des noyaux disposés au sein d'une trame fibreuse. La rate est volumineuse, d'une longueur de 24 centimètres ; elle a sa capsule épaissie, et à la coupe elle offre une apparence charnue. Les ganglions mésentériques sont volumineux, indurés et d'une teinte bleuâtre (dégénérescence amyloïde).

Les reins, volumineux, ont leur surface régulière et d'un bleu jaunâtre. État granuleux et destruction d'un certain nombre de cellules épithéliales ; dégénérescence amyloïde légère. Des adhérences fibreuses et difficiles à rompre unissent la tunique albuginée avec la tunique vaginale ; les testicules ont un volume normal ; le gauche est un peu plus petit que le droit. A la coupe, ces organes résistent et crient sous le scalpel. Ils ressemblent à des tumeurs fibreuses, tant par leur consistance que par leur structure, puisqu'on y trouve à peine quelques canalicules spermatiques. Au milieu de la masse fibreuse du testicule droit sont deux petits nodules très-fermes, légèrement jaunâtres et d'apparence gommeuse.

A côté des observations précédentes, exemples de tumeurs gommeuses à l'état de crudité ou de ramollissement, nous rapporterons quelques faits destinés à faire connaître ces mêmes altérations en voie de résorption ou déjà résorbées.

Cicatrices et tumeurs gommeuses du foie. Lésions de la rate et des reins.

Obs. XXXII. — Meyer, âgée de trente ans, piqueuse de bottines, entre à l'hôpital de la Pitié, le 29 octobre 1860. Elle porte quelques cicatrices blanches au niveau des clavicules, et convient d'avoir eu autrefois la syphilis ; elle dépérit depuis un an, elle est amaigrie et cachectique. Venue à l'hôpital à la suite d'une chute qui aurait été précédée de vertiges, elle est prise de vomissements qui font penser à un cancer de l'estomac, et meurt au bout de quelques jours.

Autopsie.—Le cerveau n'est pas examiné, les poumons sont œdématiés, plusieurs ganglions thoraciques sont volumineux et non tuberculeux, le cœur n'est pas altéré. Le lobe droit du foie est petit, déformé surtout vers sa partie moyenne et vers son bord inférieur au voisinage de la vésicule biliaire. Il existe en ce point des dépressions cicatricielles très-profondes, et la substance hépatique se trouve remplacée par du tissu fibreux ; à quelques millimètres du fond de ces dépressions existent plusieurs tumeurs d'une coloration blanche ou jaunâtre, du volume d'un noyau de cerise ou d'une noisette, assez facilement énucléables et enveloppées d'un tissu fibreux grisâtre et vasculaire. Chacune de ces tumeurs est composée d'une trame fibroïde, de nombreuses granulations protéiques et graisseuses, et de noyaux ronds granuleux et déformés. Les cellules hépatiques qui avoisinent les tumeurs ont disparu ; sinon, elles sont petites et granuleuses ; la plupart des autres sont dans un état de dégénération graisseuse avancée. La rate est doublée de volume, sa capsule fibreuse est très-épaissie. Les reins sont petits, on y remarque une

trame fibroïde abondante et granuleuse qui pâlit sous l'influence de l'acide acétique. Les épithéliums des canalicules sont dégénérés sur plusieurs points. L'une des capsules surrénales est augmentée de volume et indurée. Plusieurs desganglions prévertébraux sont altérés, le tube digestif est sain, les organes génitaux sont peu altérés.

L'observation LXIX de l'ouvrage de Frerichs fait mention de l'existence d'une lésion hépatique ayant avec celle qui précède la plus grande analogie. Le cas suivant offre une altération pour ainsi dire identique et que nous n'hésitons pas à rattacher à la syphilis, malgré l'absence positive d'antécédents syphilitiques; mais il est vrai de dire que le malade ne fut point interrogé à ce point de vue, et qu'il succomba le lendemain de son entrée à l'hôpital.

Dépôt gommeux avec déformation considérable du lobe droit du foie, et dégénérescence cireuse du lobe gauche. Cicatrices pulmonaires et tumeurs gommeuses du diaphragme.

Obs. XXXIII. — Le nommé C.... âgé de cinquante-six ans, tisserand, se voit dépérir depuis un an; il est maigre, cachectique et très-faible: sa physionomie manque d'expression; sa peau est terreuse, jaunâtre, ses jambes sont œdématiées. Il offre un souffle limité au sommet du poumon droit. Le lobe droit de son foie descend très-bas et atteint la ligne ombilicale; le lobe gauche ne peut être senti par la palpation, il semble que cet organe ait perdu en largeur ce qu'il a gagné en longueur; on cesse, en effet, de le suivre à partir du bord droit du muscle grand droit abdominal, comme s'il avait subi à ce niveau une section dans le sens de sa hauteur. Les autres organes paraissent être sains. Cependant ce malade succombe très-rapidement le lendemain, accusant une sensation de gêne et de constriction épigastriques.

Autopsie. — Les os du crâne, d'une épaisseur normale, adhèrent au péricrâne. La dure-mère et le cerveau ne sont pas altérés. Au sommet du poumon droit et vers la partie moyenne et inférieure de ce même organe, on constate à la surface de petites dépressions, les unes étoilées, les autres rayonnées, dues non pas à une solution de continuité, mais à la résorption d'un produit superficiellement situé au niveau de la dépression cicatricielle du sommet. Le parenchyme pulmonaire est ferme, il présente, au milieu d'un tissu grisâtre induré, une substance blanche analogue à du fromage ou à du mastic, et une petite excavation. Nulle part il n'existe la moindre trace de granulations tuberculeuses. Une adhérence intime unit la base du lobe droit à la face supérieure correspondante du diaphragme. Ce muscle est le siége d'un épaississement qui tient non à une production pseudo-membraneuse, mais bien à la présence dans son épaisseur de tumeurs pisiformes, blanchâtres et ramollies: il a de plus une structure presque entièrement fibreuse dans des points où normalement existe un tissu musculaire, il adhère aussi à la face convexe du foie, et de cette disposition résultaient sans doute la gêne épigastrique et la dyspnée accusées durant la vie du malade.

Le foie est presque méconnaissable : son lobe droit existe à peine, et ce qu'il en reste est presque entièrement composé de cicatrices profondes et fibreuses, le parenchyme glandulaire a disparu au point que la vésicule occupe le bord droit de cet organe. Au-dessus de cette vésicule et au voisinage du sillon de la veine cave inférieure, vers la partie moyenne du foie, on constate la présence d'une tumeur intimement adhérente au diaphragme, et constituée par une substance d'un blanc jaunâtre, analogue à du lard rance ou à du suif. Le lobe de Spiegel, augmenté de volume, contient une tumeur arrondie et plus petite, ramollie à son centre et entourée d'un tissu fibreux grisâtre. Plus volumineuse, l'éminence porte inférieure présente à sa surface une tumeur analogue semée çà et là de petites vacuoles. Dans le sillon du canal veineux on trouve encore, au milieu d'un tissu fibreux abon-

dant, une nodosité ayant le même aspect. Le lobe gauche est considérablement augmenté de volume, il offre une pointe très-allongée qui descend à droite jusqu'au niveau de l'ombilic.

La rate est hypertrophiée, ferme. Les ganglions mésentériques et ceux de la face inférieure du foie sont volumineux, un peu jaunâtres ; les testicules sont petits, atrophiés ; le tube digestif n'est pas altéré ; le cerveau et la moelle sont sains. Le rein droit est petit et réduit d'un tiers environ, la substance corticale, atrophiée, se confond avec la substance tubuleuse ; le rein gauche, d'un volume assez normal, présente à sa superficie, ainsi que son congénère, de petits nodules du volume d'un pois et quelques dépressions cicatricielles. Un certain nombre de tubuli ont leurs épithéliums granuleux. Le stroma conjonctif est épaissi, et plusieurs des corpuscules de Malpighi sont atrophiés.

L'incertitude qui règne dans quelques-uns des derniers faits, relativement aux antécédents des malades, pourrait peut-être laisser du doute sur la nature des lésions trouvées à l'autopsie ; mais si on tient compte de l'état cachectique et des caractères particuliers des altérations du foie et des autres organes, on est bien vite convaincu que les renseignements obtenus ont été incomplets ou mensongers. Ajoutons que Dittrich, observant de semblables altérations, n'a pas manqué de leur attribuer une origine syphilitique. Un des faits qu'il rapporte montre l'énormité de la déformation que peut subir le foie sous l'influence de la syphilis, puisque toute la portion située à droite du sillon de la vésicule était entièrement détruite et remplacée par des cicatrices fibreuses. Le lobe gauche, hypertrophié, avait pris le volume d'un foie ordinaire, il présentait à la surface de profonds sillons cicatriciels et remplissait l'hypochondre droit.

L'un des premiers, Dittrich sut rattacher à leur véritable cause les vestiges de la syphilis hépatique. Depuis lors, les cicatrices syphilitiques du foie ont été, de notre part, l'objet d'une étude qui avait pour but principal de montrer le parti qu'il était possible d'en tirer dans le diagnostic anatomique de la syphilis des viscères. Ces cicatrices, rencontrées par nous 14 fois sur 22 cas de syphilis viscérale, se divisent en deux groupes : cicatrices résultant de la résorption de produits gommeux, cicatrices reconnaissant pour cause une hépatite partielle. Lorsqu'elles succèdent aux dépôts gommeux, elles se montrent sous forme de dépressions profondes, irrégulières, au fond desquelles existent un tissu fibreux abondant, des détritus de produits gommeux d'où s'échappent des toiles membraneuses résistantes formant adhérence avec les parties voisines. Elles siégent habituellement vers la partie moyenne du lobe droit, qui peut se trouver comme divisé en deux moitiés ; quelquefois on les rencontre au milieu du lobe gauche, qui est réduit à une mince languette fibreuse. Notons que la destruction d'une partie du foie a pour conséquence l'hypertrophie de la portion restée saine, et on concevra toute l'importance des déformations de cet organe au point de vue du diagnostic de la syphilis hépatique en particulier et de la syphilis viscérale en général.

Lorsqu'elles sont le fait d'une hépatite chronique, les cicatrices syphilitiques du foie occupent l'une ou l'autre des deux faces de la glande, mais surtout la face convexe au voisinage du ligament suspenseur, beaucoup plus rarement l'épaisseur du parenchyme. Ce sont des tractus fibreux, linéaires ou étoilés, au niveau desquels la surface de section présente une légère rétraction,

des dépressions foncées infundibuliformes, plus ou moins profondes, et qu'il est difficile de distinguer des cicatrices provenant de la résorption des tumeurs gommeuses ; ou encore des sillons obliques plutôt que parallèles, par rapport au grand axe de l'organe, curvilignes plutôt que rectilignes, dont les lèvres sont fréquemment réunies par des tractus fibreux et dans le fond desquels se rencontrent une trame fibreuse, des canaux à peu près vides, des détritus de cellules, des granulations et des globules graisseux. Le foie, dans ces circonstances, est généralement diminué de volume, à moins d'une dégénérescence amyloïde ou graisseuse.

Les cicatrices syphilitiques du foie ne seront pas confondues avec la dépression transversale qui, chez la femme, résulte de l'usage abusif du corset. Les dépressions qui succèdent à l'oblitération d'une branche vasculaire, les cicatrices consécutives à un traumatisme, et celles qui résultent de la résorption d'un foyer purulent, ont avec les cicatrices syphilitiques une plus grande analogie. Toutefois l'atrophie par lésion vasculaire présente une disposition en rapport avec la direction des vaisseaux, et la capsule fibreuse n'est pas épaissie à son niveau. Les cicatrices traumatiques sont tout au moins rares, en raison de la gravité des déchirures du foie. On peut en dire autant des cicatrices consécutives aux abcès du foie. Cambay (1), chez un malade mort de tubercules pulmonaires, deux mois après la rétrocession des symptômes d'une hépatite confirmée, a trouvé une dépression de l'étendue d'une pièce d'un demi-franc sur la face convexe du foie ; en ce point, le tissu parenchymateux était blanc et fibreux ; plus profondément, il existait un petit dépôt purulent, entouré de substance granulaire, sans la présence duquel il eût peut-être été difficile de différencier cette altération d'une cicatrice syphilitique. Haspel a vu, à plusieurs reprises, des cordons blancs étoilés, fibreux, qui lui ont paru représenter le résidu d'abcès dont pendant la vie on avait pu suivre la marche ascendante, puis rétrograde. Mais, dans la supposition d'une interprétation exacte de la part de ces auteurs, disons que ces lésions sont en général peu nombreuses, et que, contrairement aux cicatrices syphilitiques, elles siègent plutôt dans la profondeur qu'à la surface de l'organe. Il est des cas, et le fait suivant en est un exemple, où le diagnostic serait véritablement difficile, du moins dans une contrée chaude.

Accidents syphilitiques antérieurs ; carie de l'un des os du pubis ; dépression cicatricielle infundibuliforme à la surface convexe du foie.

Obs. XXXIV. — La femme H..., âgée de trente-neuf ans, anciennement mariée à un garde de Paris, avait présenté antérieurement des accidents syphilitiques, lorsqu'elle fut admise à l'Hôtel-Dieu (1859). Elle était alors affaiblie et cachectique, et accusait à la région du foie et dans l'abdomen des douleurs qui s'accroissaient par la pression. Bientôt après elle fut prise de vomissements verdâtres, de fièvre avec accélération du pouls, et de douleurs violentes dans l'abdomen. Elle succomba quelques jours plus tard.

Autopsie. — Adhérences péritonéales dans la fosse iliaque gauche, carie de l'os pubis, suppuration peu abondante dans la gaîne du muscle psoas iliaque. Le foie, de volume normal, est décoloré, jaune et gras ; son lobe droit présente, à quelques centimètres du bord inférieur, une ouverture circulaire, ayant environ

(1) Cambay, *Maladies des pays chauds*, p. 423. Paris, 1847.

un centimètre de diamètre, avec bords froncés, plissés et rétractés. Cette ouverture communique avec une excavation large, profonde d'environ 2 centimètres et creusée dans le parenchyme hépatique ; les parois de cette excavation sont constituées par un tissu fibreux ou fibroïde, dur et résistant, comme lardacé, et qui, à la coupe, offre des points jaunâtres, formés en grande partie de granulations graisseuses ; une matière molle et grisâtre se trouve appliquée aux parois de cette caverne, qui fait corps avec le tissu du foie ; on y trouve en grande abondance des granulations graisseuses et protéiques. Les autres organes sont sains ; le cœur est chargé d'une épaisse couche de graisse.

Les diverses lésions dont nous venons de faire l'étude intéressent uniquement la trame de substance conjonctive. Cependant les vaisseaux et les éléments propres qui entrent dans la composition du foie sont loin d'être toujours exempts d'altération. Outre la compression vasculaire qui résulte de la rétraction de certains produits syphilitiques, les branches de la veine porte sont quelquefois obstruées par des productions pseudo-membraneuses ou par des concrétions fibrineuses. (Voy obs. XXVIII, p. 256.) De plus, indépendamment de l'altération qu'elles subissent par suite de la présence des productions syphilitiques, les cellules hépatiques sont fréquemment le siége d'une dégénérescence amyloïde ou graisseuse que plusieurs observateurs ont cru à tort devoir rattacher à la syphilis.

L'état adipeux du foie a été constaté à un degré plus ou moins marqué dans 18 cas de syphilis constitutionnelle par Frerichs, qui trouva la dégénérescence amyloïde deux fois seulement. Dans nos faits, ces dégénérescences sont notées avec une fréquence presque égale ; elles n'y sont pas rares. Accumulation de substances grasses sous forme de granulations et de globules réfringents au sein des cellules hépatiques, et par suite augmentation de volume, c'est en quoi consiste l'altération graisseuse du foie. La surface de cet organe est légèrement granulée, sa coloration jaunâtre, son poids spécifique est diminué. Le foie, lardacé, est également plus volumineux qu'à l'état normal ; dès le début de l'altération, on aperçoit au milieu des *acini* des taches dont la coloration transparente tranche très-nettement avec la teinte gris mat des bords ; aussi la structure acineuse apparaît-elle beaucoup plus évidente. Plus tard, le parenchyme glandulaire présente une surface unie, plate, d'un gris jaunâtre, un peu brillante ; coupé par tranches, il offre un aspect assez semblable à celui du saumon fumé. Mouillés avec la solution iodée, les points brillants et transparents se colorent en un rouge intense qui passe au violet, si l'on ajoute de l'acide sulfurique, tandis que le liséré qui les entoure prend seul une teinte jaune pâle.

Portal d'abord, plus tard Rayer, et dans ces derniers temps Rokitansky, Hittrich, H. Meckel, S. Wilks, Virchow, et plusieurs autres auteurs ont rapporté des exemples de la coexistence, avec la syphilis, de cette dégénérescence, encore appelée dégénérescence, lardacée, cérumineuse, cholestérique, cireuse, amylacée ; mais la plupart de ces auteurs ne voient dans ce fait qu'une coïncidence simple, ou l'action directe du mercure sur le foie. Graves et Budd attribuent le foie cérumineux à une combinaison de la vérole et de l'hydrargyrie, tandis que Frerichs fait à tort de cette altération une forme particulière de la syphilis hépatique. Le mercure et la syphilis ne

jouent qu'un rôle indirect dans la pathogénie de cette affection : d'une part, la dégénérescence amyloïde se rencontre dans le foie des malades affectés de syphilis sans qu'il y ait eu de traitement mercuriel mis en usage, et elle ne se trouve pas habituellement dans les cas d'intoxication mercurielle chronique; d'autre part, comme, loin d'être spéciale à la syphilis, cette dégénérescence fait partie du cortége d'un grand nombre de maladies chroniques avec marasme et cachexie, il y a lieu de croire qu'elle a sa cause, non dans une maladie spéciale, mais dans le trouble nutritif qui accompagne tout un groupe de maladies, et par conséquent elle ne peut être regardée comme une manifestation de la syphilis constitutionnelle au même titre que les productions gommeuses.

Nous signalerons enfin, parmi les nombreuses altérations qui coexistent généralement avec les lésions syphilitiques du foie : l'hypertrophie de la rate, celle des ganglions prévertébraux et iliaques, certaines modifications du parenchyme rénal, et la présence dans la cavité du péritoine d'une sérosité claire, transparente et albumineuse.

Étude symptomatique. — Les désordres fonctionnels produits par la syphilis hépatique ne comportent pas nécessairement les divisions que nous avons adoptées dans l'étude des lésions anatomiques, et par conséquent nous nous contenterons, dans le cours d'une exposition collective, de faire remarquer les particularités symptomatiques plus spéciales à chaque mode anatomique. Ces symptômes sont les uns physiques, les autres fonctionnels.

Les symptômes physiques, que donnent la palpation et la percussion, constituent les principaux signes de la syphilis hépatique. Le volume du foie, dans les faits connus, est très-variable, rarement normal, le plus souvent augmenté ou diminué. Dans certains cas, où il a été possible de suivre les changements divers subis par cet organe pendant le cours de la maladie, on a constaté qu'à une période d'accroissement avait succédé une période d'atrophie, phénomène facile à expliquer après l'étude anatomique que nous avons faite, et qui appartient plus particulièrement à l'hépatite scléreuse. Cependant, loin de diminuer de volume à une certaine période, le foie continue quelquefois de s'accroître par le dépôt d'une plus grande quantité de matières grasses ou de substance amyloïde. Outre l'augmentation de volume, la palpation, dans un certain nombre de cas, donne lieu à la sensation de saillies, de nodosités ou de bosselures à la surface du foie, et cette sensation, très-analogue à celle que détermine la présence des masses cancéreuses, se distingue, pour le doigt qui explore, par ce caractère que la dureté est plus grande et la tumeur mieux circonscrite. Malgré l'hypertrophie et les irrégularités de la surface, la glande hépatique peut conserver sa forme; mais en général, à une période avancée de l'évolution morbide, le foie est notablement déformé. Tantôt le gros lobe hypertrophié descend jusqu'à l'ombilic, et donne à la percussion une matité dans tout l'hypochondre, à droite de la ligne blanche, tandis qu'à gauche le petit lobe se trouve réduit à une mince languette; tantôt le lobe droit en partie détruit descend moins bas que le gauche : tantôt enfin on sent au niveau du bord libre des scissures ou des dépressions profondes qui rendent ce bord inégal, bosselé et tout à fait irrégulier. Toutes ces nuances, qu'une percussion bien entendue et la pal-

pation surtout permettent d'apprécier le plus souvent avec exactitude, sont pour ainsi dire spéciales à la syphilis. Il est peu de maladies où se rencontre une déformation aussi prononcée de l'organe hépatique, puisque, même dans la cirrhose non syphilitique et le cancer, le foie atrophié ou hypertrophié conserve toujours une proportion à peu près égale entre ses lobes. Cette déformation nous a toujours utilement servi pour le diagnostic; elle est véritablement caractéristique dans l'espèce. Notons encore la possibilité de reconnaître que le mouvement de glissement de la paroi abdominale sur le foie n'a plus lieu pendant la respiration; la main qui palpe sent immédiatement la glande sous cette paroi immobile, et peut même avoir la sensation des adhérences par lesquelles celle-ci est accolée au foie.

Les symptômes fonctionnels sont, dans quelques cas, si peu accusés que si on néglige l'exploration physique on est parfois tout étonné, à la mort, de trouver des lésions anatomiques dont on était loin de se douter pendant la vie. D'autres fois cependant les lésions syphilitiques du foie déterminent des troubles qui, pris isolément ou considérés dans leur ensemble, ne diffèrent pas d'une façon notable de ceux qui appartiennent à la plupart des affections hépatiques. La douleur est un de ces symptômes, elle consiste en une simple sensation de gêne, de malaise ou de pesanteur; rarement elle est vive, continue, exacerbante, mais presque toujours elle est exagérée par la palpation et la percussion. Un malade observé par Frerichs souffrit d'une manière incessante pendant trois mois; un autre eut des intermissions qui durèrent environ une semaine, après lesquelles survinrent des exacerbations accompagnées d'une fièvre légère. Assez facile à provoquer quand il existe des gommes hépatiques, la douleur est un symptôme inconstant, et qui n'a pas la même intensité dans tout le cours de la maladie. Elle fait généralement défaut dans la dernière période et n'a jamais, que nous sachions, d'irradiation du côté de l'épaule ou de toute autre partie du corps.

L'ascite est un symptôme non moins important; elle appartient aux deux formes de la syphilis du foie et paraît plus intimement liée à l'hépatite diffuse. Sans vouloir prétendre, avec Cirillo et Schrant (1), que les malades atteints de syphilis hépatique meurent en général d'hydropisie, je dois reconnaître qu'ils sont fréquemment atteints d'ascite. Noté par Schutzenberger (2), Virchow, Leudet, et beaucoup d'autres observateurs, ce symptôme a été observé cinq fois par nous, et, fait digne de remarque, il a été trois fois suivi d'une guérison radicale. En général son développement est lent et progressif, mais sans que cette circonstance, sur laquelle Gubler et Leudet ont déjà fixé l'attention, puisse beaucoup servir au diagnostic de la maladie, puisqu'il est arrivé dans quelques cas de voir cette hydropisie prendre en peu de jours un accroissement considérable, ce qu'il est facile d'expliquer dans l'hypothèse d'une compression de la veine porte par une tumeur gommeuse. Avec l'ascite coexistent fréquemment des dépôts pseudo-membraneux à la surface du péritoine, et plus particulièrement sur cette portion qui tapisse le foie ou qui occupe la région de l'hypochondre droit. C'est là une circonstance sur

(1) *Tidjsch. Nederl. Maasch.* 1851, et *Canstatt's Jahrbuch. für Medic*, 1851, t. II, p. 34.

(2) Schutzenberger, dans *Gaz. hebdomadaire*, 1857, p. 274.

laquelle je ne pourrais trop insister, car en la méconnaissant on risquerait de commettre une erreur, et surtout de croire à une péritonite tuberculeuse.

L'ictère, phénomène relativement rare dans le cours des lésions syphilitiques du foie, n'est mentionné que dans quelques faits. Dans deux cas rapportés par Frerichs, il est la conséquence de la compression des canaux biliaires, une fois par la tuméfaction des glandes lymphatiques, une autre fois par une cicatrice étendue. Dans un troisième cas il se lie à une périhépatite; Biermer et nous-même l'avons observé dans les mêmes conditions. Ce symptôme est remarquable par une marche lentement progressive, une longue durée et parfois aussi une grande intensité. Quoique sous la dépendance d'une lésion matérielle, il peut se montrer, suivant Gubler, Leudet, Virchow et Lebert, plusieurs années avant l'apparition d'accidents sérieux du côté de l'organe hépatique. Le fait que voici en est une preuve :

Deux chancres à l'âge de vingt-quatre ans, absence de manifestations cutanées; douleurs ostéocopes, exostoses et ictère; périhépatite syphilitique probable; orchite syphilitique.

Obs. XXXV. — B..., quarante-quatre ans, entré à l'hôpital de la Pitié le 16 février 1861, contracta, à l'âge de vingt-quatre ans, une blennorrhagie et deux chancres qui eurent environ quinze jours de durée ; il ne s'est jamais aperçu de la moindre éruption cutanée.

Après un malaise survenu le 4 janvier et dont il s'était rétabli, ce malade est atteint d'un ictère, et peu de temps après il s'aperçoit du gonflement de l'un des testicules; puis des douleurs intenses qu'il éprouve dans la tête l'amènent à l'hôpital. La peau est d'une teinte ictérique légèrement verdâtre. L'appétit est presque nul, faiblesse et malaise général ; le foie déborde le rebord costal, il semble adhérer intimement au diaphragme; la rate a un volume normal; absence de diarrhée et d'albuminurie; respiration douteuse au sommet droit; cœur sain : exostose du sommet de la tête; céphalalgie violente avec exacerbations nocturnes; ganglions durs, isolés, petits et résistants, dans les aines; l'un des testicules est augmenté de volume, il est piriforme, très-ferme, résistant, élastique sous les doigts qui le pressent; absence de liquide dans la tunique vaginale, légère irrégularité à la surface de l'organe; épididyme sain. Cet état persista jusqu'à ce qu'un traitement spécifique ayant été employé, chacun de ces accidents s'améliora et le malade put quitter l'hôpital.

On peut se demander quelle a été, dans ce cas, la cause de l'ictère; mais c'est là une question assez peu importante et à laquelle il n'est guère possible de donner une réponse positive. Il y a toutefois lieu de croire à une des altérations qui viennent d'être signalées. Ces faits et quelques autres semblables, dans lesquels l'ictère est pour ainsi dire accidentel, nous permettent d'établir la rareté et le peu d'importance de ce phénomène dans l'étude symptomatique de la syphilis hépatique.

Des hémorrhagies diverses coexistent parfois avec l'ascite ou l'ictère, et ne sont, comme ces derniers accidents, qu'un effet de l'altération hépatique. On sait qu'Hippocrate a parlé très-savamment de l'hémorrhagie nasale qui arrive dans le cas d'obstruction du foie et de la rate; cette hémorrhagie s'observe aussi dans le cours des affections spécifiques du foie. Cirillo déclare que les malades qui ont des obstructions au foie sont fréquemment surpris par un

flux hémorrhoïdal, une hémorrhagie de la narine droite, et quelquefois même par un crachement de sang. Plusieurs des observations rapportées plus loin témoignent de la valeur et de l'importance de ce symptôme.

Certains désordres des fonctions digestives peuvent se lier aux affections syphilitiques du foie, et dans quelques cas celles-ci n'ont pas d'autres symptômes. Généralement peu marqués au début de la lésion hépatique, ces troubles surviennent peu à peu au fur et à mesure de son développement, l'appétit diminue et se perd, la digestion est lente, les malades ont des éructations, des vomissements muqueux, et surtout des évacuations diarrhéiques irrégulières. Sur sept cas que contient le mémoire de Leudet, la diarrhée est notée cinq fois; le plus souvent séreuses et blanchâtres, les matières rendues sont quelquefois brunâtres ou noirâtres, assez analogues au marc de café, ou même dysentériformes, ainsi que l'a signalé Léonard Botal (1). Assez commun dans le cours des affections hépatiques ordinaires, ce symptôme peut dépendre d'une modification du liquide sanguin; il n'indique pas nécessairement l'existence d'une lésion matérielle de l'intestin, car il est rare que ce viscère soit ulcéré dans ces conditions.

En même temps que ces désordres, il existe fréquemment un météorisme plus ou moins prononcé, dû en partie sans doute au dérangement de la fonction biliaire. La dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen n'est manifeste que dans quelques cas où il y a gêne à la circulation de la veine porte. Un amaigrissement progressif et un certain degré d'atrophie musculaire, parfois même un léger abaissement de température, sont des symptômes sur lesquels on ne peut trop insister, et qui souvent se terminent par le marasme et la mort. Plus fréquents avec l'hépatite interstitielle, ils ont leur raison d'être dans l'altération de la sécrétion biliaire et plus encore dans le trouble de la fonction glycogénique du foie.

Les fonctions nerveuses et circulatoires continuent à s'accomplir normalement, à moins de manifestations morbides du côté des organes qui président à ces fonctions. Les phénomènes respiratoires, au contraire, sont quelquefois gênés à la suite des adhérences que contracte le diaphragme avec le foie, et même avec la base des poumons. La percussion fait connaître le degré de l'hypertrophie concomitante de la rate, et la palpation peut arriver à reconnaître l'augmentation de volume des ganglions viscéraux. Les urines sont souvent albumineuses, et ce symptôme venant s'ajouter à la déformation du foie et au trouble des fonctions hépatiques ne manque pas, nous le savons, d'une certaine valeur diagnostique. Rarement les urates sont en excès.

L'œdème des membres inférieurs s'observe ici comme dans la plupart des cachexies, et l'on voit quelquefois se produire spontanément des coagulations sanguines dans les veines. La peau, dans ces conditions, subit fréquemment des modifications profondes; sans parler des gommes, des ulcérations ou des cicatrices que l'on peut y rencontrer, disons qu'elle est en général sèche, ridée, remarquable par une teinte plombée un peu jaunâtre, ou par une coloration bronzée et uniforme. Les manifestations les plus communes avec les lésions hépatiques sont des ulcérations ou des cicatrices de la gorge, des gommes du

(1) L. Botal, *Luis venereæ curandæ ratio*, dans Luisini Aphrodisiacus, p. 891.

tissu cellulaire sous-cutané, des cicatrices de la peau, des exostoses des os du crâne et de la partie antérieure des tibias.

La marche de la syphilis hépatique est lente, progressive, insidieuse ou même cachée. Effectivement, dans quelques cas, cette maladie parcourt toutes ses phases sans donner lieu à des phénomènes bien appréciables. Le défaut de réaction, le petit nombre de troubles fonctionnels sont autant de circonstances dont il importe de tenir compte pour le diagnostic des affections syphilitiques du foie. Ces affections ont généralement une longue durée, à moins que l'extension de l'ascite ou une complication ne vienne terminer la vie. Elles peuvent exister pendant des mois ou même des années sans jeter une perturbation considérable au sein de l'organisme. Plus souvent elles finissent par engendrer le marasme et la cachexie. Leur terminaison est variable; leur guérison n'est pas très-rare, elle est quelquefois spontanée, c'est-à-dire qu'il peut y avoir cessation des troubles fonctionnels sans l'intervention d'aucun traitement, et cela plus souvent peut-être qu'on n'est tenté de le supposer. Une observation rapportée ailleurs (obs. XXXIX, page 284) mettra hors de doute ce fait devenu pour nous incontestable. Dans d'autres circonstances, c'est à la suite de l'emploi d'un traitement par les préparations mercurielles ou iodurées qu'on voit se produire une amélioration ou même une guérison définitive. Les faits suivants en sont des exemples authentiques (1).

Blennorrhagie et chancre à vingt-deux ans; à quarante-deux ans, douleurs ostéocopes et exostoses; à quarante-cinq ans, affection hépatique, ascite. — Paracentèse et iodure de potassium, guérison.

Obs. XXXVI. — C..., âgé de quarante-cinq ans, imprimeur, est un homme d'une force et d'une santé moyennes. Il contracta à vingt-deux ans une blennorrhagie et un chancre. Depuis cette époque il s'est bien porté, et il ne se souvient pas d'avoir eu le moindre accident syphilitique. A quarante-deux ans, il éprouve des douleurs dans l'épaule et le côté droit de la poitrine, puis dans le côté gauche et dans le dos; ces douleurs, accompagnées d'élancements, sont plus intenses la nuit que le jour. Deux mois plus tard, il ressent dans la tête des battements et des douleurs avec exacerbations nocturnes; ces douleurs disparaissent et reparaissent à plusieurs reprises après un, deux ou trois mois. C... s'aperçoit enfin de l'existence de plusieurs tumeurs crâniennes; il consulte, et on lui prescrit un traitement avec iodure de potassium; mais ce médicament n'est jamais continué au delà de douze jours. Après trois jours d'excès, survient une diarrhée séreuse et blanchâtre, qui disparait au bout de quelque temps. Mais l'appétit reste faible, les forces se perdent, et, l'abdomen prenant chaque jour de l'accroissement, ce malade est admis à l'hôpital de la Pitié, le 24 août 1860. Teinte jaunâtre ou bronzée de la peau, ascite évidente; impossibilité de limiter le foie. Rate assez normale; absence d'albumine dans les urines; oppression, respiration saccadée et rude au sommet droit. Cœur sain. Absence de fièvre; pouls régulier et normal; parfois légères épistaxis; absence de trouble des fonctions cérébrales; œdème aux membres inférieurs. On diagnostique une cirrhose hépatique et on administre plusieurs purgatifs. Néanmoins l'ascite prend un tel développement que, le 10 août, il est de la dernière urgence de pratiquer la paracentèse. Je retirai immédiatement de l'abdomen 13 litres d'un liquide séreux jaunâtre précipitant abondamment par l'acide nitrique. Après la ponction je pus constater que le foie débordait de un à deux travers de doigt le rebord costal, et il me parut manifeste qu'il existait quel-

(1) Schutzenberger, dans un cas du même genre, a pu vérifier l'exactitude du diagnostic par l'autopsie.

ques nodosités un peu au-dessus de son bord libre. Convaincu que l'ascite ne tarderait pas à se reproduire, et qu'au bout de peu de jours il me faudrait recommencer une nouvelle opération, j'examinai mon malade avec le plus grand soin et je reconnus qu'il présentait dans l'aine une cicatrice de bubon et plusieurs exostoses à la région du crâne. La connaissance de ces nouveaux symptômes fut une lueur d'espérance, et dès le lendemain de l'opération j'administrai un gramme d'iodure de potassium. Ce médicament fut parfaitement supporté, et la dose fut bientôt portée à 3 grammes. L'épanchement reparut en même temps qu'un peu de météorisme, mais bientôt il resta stationnaire.

Dix jours après l'opération, le malade prenait 3 grammes d'iodure de potassium, on pouvait constater une diminution manifeste de l'ascite et du météorisme. Le traitement fut continué jusqu'au 1er octobre. A cette époque il ne restait presque plus de sérosité dans l'abdomen ; le malade avait recouvré l'appétit, une partie de ses forces et de son embonpoint ; il commençait à se lever et à se promener. L'iodure de potassium, suspendu le 1er octobre, fut repris le 4, à la dose de 1gr,50. Le 12 octobre, l'abdomen était normal ; le malade n'éprouvait qu'un peu d'essoufflement en montant les escaliers. Le traitement spécifique fut continué jusqu'au 1er novembre. Le 13, jour de la sortie, le foie débordait à peine le rebord costal, il ne paraissait pas offrir d'inégalités à sa surface. On ne constatait plus qu'un souffle doux très-limité au sommet du poumon gauche ; le malade avait craché un peu de sang.

Chancre induré et syphilides. Affection du foie, de la rate et du péritoine. Étisie des plus avancées. Traitement par les préparations mercurielles et iodurées, guérison.

Obs. XXXVII. — B..., employé de commerce, âgé de trente-quatre ans, contracte, à l'âge de vingt-trois ans, un chancre qui perfore le frein et qui est suivi d'une éruption cutanée (roséole), d'alopécie et de la chute de quelques cils, (pommade au calomel, salsepareille, sirop de Cuisinier) ; à vingt-six ans, nouvelle éruption syphilitique, angine et céphalalgie (sirop de salsepareille, pilules de proto-iodure pendant deux mois). A vingt-neuf ans, digestions difficiles, douleurs à la région épigastrique et parfois dans tout l'abdomen; météorisme par instants, en même temps toux quinteuse suivie d'expectoration et quelquefois de vomissements. Les médecins consultés ordonnent l'huile de foie de morue, etc., et s'il est permis de s'en rapporter au dire du malade, dès ce moment aurait été constatée l'augmentation du volume du foie. B... continue de maigrir, ses digestions sont toujours difficiles, et, de temps en temps, il est pris de vomissements ; la vie lui devient un dégoût. Dans ces conditions apparaît une tuméfaction au niveau du mollet droit, sorte de tumeur qui ne tarde pas à disparaître. Le dépérissement progresse, et le malade, traité depuis longtemps comme atteint de phthisie, nous est présenté le 4 juillet 1863. Il a les apparences d'un homme bien constitué (cheveux noirs), il est profondément cachectique et d'une maigreur squelettique. Voix un peu altérée; toux et dyspnée légère. Le thorax est aplati; cependant il n'existe de lésion évidente en aucun point des poumons. Les battements du cœur sont réguliers, le pouls est faible. Alternatives de diarrhée; météorisme, inégalités et bosselures intestinales, comme si les intestins étaient unis à l'aide de fausses membranes. Matité légère due probablement à des produits pseudo-membraneux au niveau de l'une des fosses iliaques. Le lobe droit du foie descend jusqu'à la ligne ombilicale, il paraît inégal à sa surface et comme soudé à la paroi abdominale; le lobe gauche est diminué de volume. La rate déborde le rebord costal de trois travers de doigt, elle mesure environ 16 centimètres ; l'abdomen est météorisé, l'appétit nul, la digestion lente ; les désirs vénériens sont très-affaiblis. Depuis quelque temps le malade perd la mémoire, c'est à peine s'il peut écrire une lettre.

Convaincu qu'il ne s'agissait pas d'une affection tuberculeuse des poumons, et renseigné sur les antécédents du malade, je n'hésitai pas, malgré l'absence de lésions syphilitiques extérieures, à attribuer à une origine spécifique les alté-

rations manifestes du foie, de la rate, et peut-être du péritoine. Je prescrivis une pilule de Sédillot matin et soir, et j'ordonnai des onctions sur l'abdomen avec une pommade iodurée. Comme je l'avais prévu, la diarrhée ne tarda pas à reparaître ; la préparation mercurielle fut remplacée par le sirop d'iodure de fer. En même temps, les onctions furent continuées sur l'abdomen, et j'engageai le malade à faire usage d'une alimentation réparatrice. Sous l'influence de ces moyens, l'appétit revint, les forces parurent meilleures. Le 8 octobre, je prescrivis : pilules de Sédillot, sirop d'iodure de fer, deux bains sulfureux par semaine. Ce traitement fut continué sans changement notable jusqu'au mois de janvier. A ce moment, le malade se trouvait mieux, il y avait une diminution manifeste du volume du foie et de la rate ; les fonctions digestives étaient presque normales, et de jour en jour le malade s'apercevait qu'il reprenait des forces. La voix, depuis quelque temps déjà, était tout à fait normale et la toux avait complétement disparu. Après un léger repos, comme les organes abdominaux étaient loin d'avoir repris leurs fonctions physiologiques, la liqueur de Fowler fut administrée à faibles doses. Le 11 mai 1864, ce malade, qui après un an de traitement avait recouvré à peu près sa santé et son embonpoint primitif, vit apparaître à la région frontale, à la suite d'un excès de boisson, une exostose du volume d'un œuf de pigeon, accompagnée de douleurs nocturnes. Je fis prendre 2 grammes d'iodure de potassium par jour dans une tasse de tisane de houblon, et après trois semaines cette exostose avait disparu. En juin, il survint une tumeur semblable qui disparut de la même façon. Trouvant le foie toujours volumineux, j'engageai ce malade à faire usage d'une limonade nitrique. Le 26 octobre, les douleurs frontales reparurent, et le malade prit de nouveau pendant un mois l'iodure de potassium. Depuis ce moment, décembre 1864, sa santé est bonne et continue à s'améliorer de jour en jour ; il a un embonpoint ordinaire et se trouve très-bien. La rate et le foie débordent toujours quelque peu le rebord costal. Ajoutons que le malade a depuis longtemps repris ses occupations habituelles, et que sa femme devenue enceinte put arriver au terme de sa grossesse. Antérieurement elle avait eu deux avortements à 5 et 6 mois. Deux ans plus tard ce malade, qui avait quitté la France, m'écrivait de Lima, qu'il éprouvait de nouveau une céphalée intense. Ainsi on peut juger de la ténacité de la syphilis tertiaire.

Dans ces faits, où l'on pouvait sentir des bosselures à la surface du foie, il est fort probable qu'on avait affaire, ainsi que dans la plupart des cas de guérison avérée, à la forme gommeuse de la syphilis hépatique. Cette forme serait ainsi moins rebelle aux moyens thérapeutiques que l'hépatite interstitielle. Nous savons d'ailleurs que dans cette dernière le développement des jeunes cellules de tissu conjonctif est souvent complet, tandis qu'avec les tumeurs gommeuses ces mêmes éléments, en vertu de leur nombre et de leur disposition, s'arrêtent à un moment donné de leur évolution, s'altèrent et sont résorbés.

La terminaison fatale, à part les cas où l'ascite prend des proportions considérables et amène l'asphyxie, est rarement la conséquence directe de l'hépatite syphilitique, affection toujours partielle ; le plus souvent la mort est causée par des lésions concomitantes ou par des complications en tête desquelles il faut citer l'érysipèle et la pneumonie.

Diagnostic. — Les désordres fonctionnels qui correspondent aux affections syphilitiques du foie diffèrent peu de ceux que déterminent la plupart des altérations de cet organe ; en sorte que les données diagnostiques les plus positives se tirent de l'étude des signes physiques et des caractères de l'infection syphilitique. Ainsi, les antécédents du malade, la présence des manifestations cutanées ou osseuses de la période tertiaire, sont des circonstances

qui, dans le cas d'une affection hépatique de nature douteuse, donnent une grande probabilité à l'hypothèse d'une origine syphilitique. Rappelons la décoloration et la teinte bronzée de la peau; ajoutons qu'en l'absence même de ces circonstances, c'est là un point qu'il ne faut pas oublier; un diagnostic certain est encore possible quand, dans une affection hépatique à marche lente, le foie présente à la palpation des bosselures arrondies indurées, ou cette déformation sur laquelle nous avons insisté plus haut, si surtout il y a en même temps de l'albumine dans l'urine et un état de cachexie générale.

L'irrégularité de la forme du foie, l'albuminurie et la cachexie composent une triade symptomatique qui nous a souvent permis de poser sûrement le diagnostic de la syphilis hépatique, en l'absence de toute manifestation extérieure; l'observation XXVI, p. 237, est un exemple de ce fait. Chez le malade qui fait l'objet de l'observation suivante, la sensation d'inégalités fermes, dures, résistantes, à la surface de la glande hépatique, avec une ascite déjà ancienne et très-considérable, nous fit croire à l'existence d'une lésion matérielle d'origine syphilitique, et plus tard le diagnostic se trouva confirmé par le succès d'un traitement spécifique.

Exostose du tibia, laryngite, tumeur avec hypertrophie du foie. Diarrhée dysentériforme. Guérison de tous ces accidents par l'emploi prolongé de l'iodure de potassium.

Obs. XXXVIII. — Le nommé M..., âgé de trente-cinq ans, fondeur en cuivre, est admis le 23 janvier 1861 à l'hôpital de la Pitié, où il fait un séjour de plusieurs mois. Il croit que son père a été atteint de syphilis, et il nie pour son compte tout accident de ce genre. Cependant il prétend que M. Ricord l'a autrefois traité pour les troubles dont il se plaint. Maigreur prononcée, peau sèche, ridée, teinte bronzée un peu jaunâtre; douleurs nocturnes ostéocopes dans le tibia du côté droit affecté d'une hyperostose considérable. La voix est presque éteinte, la parole est gênée; mais l'affection principale occupe la glande hépatique. Celle-ci présente une augmentation de volume considérable, elle déborde de plusieurs travers de doigt le rebord costal, et soulève manifestement la paroi abdominale antérieure, au niveau des régions épigastriques et de l'hypochondre droit; elle est le siége de bosselures fermes et très-résistantes. Douleurs spontanées et sensation de gêne et de pesanteur à l'hypochondre droit, ascite légère. Appétit faible, puis, en février, diarrhée sanguinolente dysentériforme pendant environ douze jours. Sous l'influence du traitement, d'abord mercuriel (pilules de proto-iodure), et plus tard ioduré (iodure de potassium porté jusqu'à la dose de $2^{gr},50$), on put constater une amélioration, elle fut lente; les douleurs disparurent rapidement; mais l'hyperostose, la tuméfaction du foie persistèrent durant longtemps. Le traitement fut continué pendant plusieurs mois à l'hôpital, et, lors de sa sortie, le malade avait très-certainement une grande amélioration. Si le foie était encore volumineux et quelque peu irrégulier, le gonflement du tibia avait presque entièrement disparu.

Je vis de nouveau ce malade en mars 1862, et je pus constater la disparition complète et de l'hyperostose et de la tuméfaction du foie; ce dernier organe ne dépassait plus le rebord costal, et il me fut impossible de sentir des inégalités à sa surface. M... avait repris son embonpoint, il continuait son traitement. Un an plus tard, sa santé générale était tout à fait bonne.

Les principales affections qu'il arrive de confondre avec les altérations syphi-

litiques du foie sont : le carcinome hépatique, la cirrhose des ivrognes, plus rarement la péritonite tuberculeuse et l'affection hydatique.

Le cas suivant, dans lequel on diagnostiqua tout d'abord un cancer du foie, et plus tard une péritonite tuberculeuse, est un exemple trop frappant de la difficulté qui peut se rencontrer en pareille occurrence et des avantages qu'il est possible de tirer d'un examen complet du malade, pour n'être pas rapporté avec les réflexions qu'il nous a suggérées.

Tumeurs gommeuses du cuir chevelu et des os du crâne, traitement par l'iodure de potassium. Plus tard, tumeur hépatique, ascite, hémoptysies. Guérison spontanée de tous ces accidents.

Obs. XXXIX. — H..., âgé de quarante-trois ans, eut une gonorrhée et un bubon à l'âge de dix-huit ans, et bien qu'il ne se souvienne pas d'avoir eu un chancre, il est fort probable que le bubon se liait à l'existence d'une ulcération spécifique. Il prétend qu'il n'a jamais eu ni taches ni boutons sur la peau. Il y a cinq ans, l'apparition de tumeurs multiples sur le cuir chevelu l'obligea à consulter un médecin de Lyon, qui diagnostiqua des tumeurs gommeuses, et ordonna un traitement spécifique. Ce traitement fut continué pendant quinze jours; six semaines plus tard, les tumeurs et les douleurs violentes qui les accompagnaient avaient entièrement disparu. Des dépressions plus ou moins profondes restèrent à la place de ces tumeurs ; l'une d'elles occupe le sommet de la tête, plusieurs autres se rencontrent à la racine des cheveux.

Le 7 janvier 1860, ce malade entrait à l'hôpital de la Pitié. Il accusait une céphalée violente et la perte de ses forces. D'ailleurs, il est amaigri, sa peau offre une teinte sale, un peu bronzée ; ses jambes ne sont pas œdématiées, mais les veines sous-cutanées abdominales sont dilatées et la cavité du péritoine contient une certaine quantité de liquide. Le foie déborde le rebord des côtes, surtout à l'épigastre, au niveau de son petit lobe, et en ce point il est facile de sentir une ou plusieurs saillies dures et résistantes. Le lobe droit ne présente rien de particulier à la palpation. La rate est volumineuse. Les digestions sont lentes et difficiles ; il y a de la diarrhée depuis quelques jours. On diagnostique une affection cancéreuse du foie et peut-être aussi de l'estomac; un traitement est institué en conséquence.

Vers la fin de janvier, les veines sous-cutanées de l'abdomen deviennent plus apparentes, l'ascite augmente et s'accompagne de météorisme ; survient de l'œdème des jambes et l'amaigrissement progresse. Le malade a des épistaxis multipliées ; il tousse et expectore parfois des crachats sanguinolents. Néanmoins, il est impossible de rencontrer aux sommets des poumons des signes positifs d'une lésion tuberculeuse. L'appétit est en partie conservé ; la diarrhée disparaît et revient; il n'y a pas de vomissements. L'amaigrissement et l'état de cachexie du malade semblent confirmer de plus en plus le pronostic.

A cette époque, un médecin diagnostique une *péritonite tuberculeuse* (la tumeur hépatique ne pouvant plus être explorée depuis le développement de l'abdomen). L'état de notre malade s'aggrave de plus en plus, bientôt il tombe dans le marasme le plus absolu; il est en outre menacé d'asphyxie par le développement disproportionné de son abdomen, et vers la fin de mars on s'attend à le voir succomber d'un jour à l'autre. Le 6 avril, à notre grand étonnement, le ventre commence à diminuer de volume, et, trois semaines plus tard, il avait peu à peu repris son état normal, sans que la moindre médication active eût été employée ; on s'était borné, pour satisfaire au désir du malade, à lui prescrire des frictions avec l'huile de camomille camphrée. Après la disparition de l'ascite, on put encore sentir la tumeur hépatique ; mais elle était beaucoup moins saillante et moins dure, et peu de temps après elle devint inappréciable. A partir de cette époque, l'appétit devient meilleur, la physionomie du malade n'indique plus la souffrance, et l'embonpoint

reparaît peu à peu. L'amélioration est rapide et bientôt très-manifeste. L'abdomen reste toujours un peu développé ; néanmoins le malade se lève, et il est envoyé à l'asile de convalescence de Vincennes, où il reste jusqu'au 5 juin.

Frappé d'une guérison aussi inattendue, je voulus faire un nouvel examen de ce malade avant son départ, et je reconnus l'altération des os du crâne, qui me mit sur la véritable voie de la maladie. Avec une perspicacité plus grande, je serais arrivé sans doute plus tôt à ce diagnostic, puisque le malade s'était plaint d'une céphalée intense qui avait eu plusieurs jours de durée. La maladie syphilitique une fois admise, la lésion hépatique devait nécessairement lui être rattachée, et l'indication thérapeutique était formelle. Aidé de ces nouveaux renseignements, je dus abandonner le diagnostic que j'avais porté tout d'abord, car le fait d'un cancer guéri serait peut-être unique. D'un autre côté, il n'y avait pas lieu de penser à une péritonite tuberculeuse en présence de la tuméfaction du foie et de la dilatation des veines abdominales ; et puis, la péritonite tuberculeuse ne disparaît pas ainsi. Il n'en est pas de même des affections syphilitiques ; celles-ci guérissent très-bien sous l'influence d'une médication appropriée, et ce fait prouve, ce nous semble, que leur guérison peut être spontanée.

Le 24 juin suivant, H... se présenta de nouveau à l'hôpital, où nous pûmes l'examiner. Les dépressions des os du crâne existaient toujours. Le foie débordait très-peu le rebord costal ; il offrait manifestement quelques irrégularités à la région épigastrique, et il semblait toujours qu'il y eût un léger relief au niveau de l'ancienne tumeur ; l'ascite avait entièrement disparu ; la teinte bronzée de la peau persistait encore ; la toux n'existait plus ; le malade avait repris de l'embonpoint, et sa santé générale était bonne. Il avait alors le sein gauche tuméfié et douloureux, et bientôt tout disparut. A son tour le sein droit présenta les mêmes phénomènes. Le malade sortit le 18 août. Le 21 septembre il rentrait à l'hôpital, accusant de violentes douleurs de tête avec exacerbations nocturnes, et se plaignant de l'apparition d'une exostose au sommet de la tête. Cette tumeur, qui finit par acquérir le volume d'un œuf de pigeon, fut combattue cette fois par l'iodure de potassium (de 2 à 3 grammes). Dix jours plus tard, les douleurs de tête avaient disparu, et la tumeur osseuse commençait à diminuer de volume. Le malade reprenait son embonpoint ; son foie ne débordait plus le rebord des fausses côtes, il n'était plus bosselé lorsqu'il nous quitta en novembre. Depuis lors, j'ai complétement perdu de vue ce malade.

La sensation d'une tumeur à la région épigastrique, au niveau du petit lobe du foie, était chez ce malade une circonstance qui, jointe à un état de maigreur avancé, portait à diagnostiquer un carcinome. Toutefois, comme l'altération paraissait occuper un seul lobe, il y avait lieu de poser la question d'une affection différente. A une certaine époque, pour qui n'avait pas vu le malade avant l'apparition de l'ascite, le diagnostic d'une péritonite tuberculeuse était d'autant plus admissible qu'il y avait de temps à autre des hémoptysies. Mais une étude attentive des antécédents du malade et surtout l'examen du crâne auraient pu mettre sur la voie de la véritable altération, et modifier le diagnostic et le traitement.

Les affections carcinomateuses du foie envahissent simultanément les deux lobes de cet organe, elles apparaissent à un âge déjà avancé, évoluent rapidement, donnent souvent lieu à de l'ictère et produisent une cachexie spéciale différente de la cachexie syphilitique. La péritonite tuberculeuse se manifeste à son début par des douleurs abdominales, des vomissements et de la diarrhée. Elle n'est jamais accompagnée de la coloration bronzée de la peau qui se lie parfois à l'hépatite syphilitique. Cette affection, enfin, coexiste fréquemment avec des lésions tuberculeuses des poumons ou des plèvres. Au

palper abdominal, elle donne lieu à une sensation d'empâtement, à une matité diffuse, ce qui n'existe pas avec le simple épanchement ascitique de l'hépatite syphilitique.

La cirrhose alcoolique, d'un autre côté, est ordinairement précédée ou accompagnée de troubles variés, tels que dyspepsie, anorexie, fourmillements, crampes aux extrémités, hallucinations, etc., qui ne permettent guère de méconnaître l'intoxication par l'abus des spiritueux ; de plus, en raison de sa généralisation et de sa localisation spéciale à la circonférence des lobules, elle produit le plus souvent une ascite considérable, exceptionnellement l'ictère. La marche de cette affection est en outre plus prompte que celle de la cirrhose syphilitique.

Les altérations syphilitiques du foie sont des affections sérieuses qui mettent en danger la vie du malade, et qui, lorsqu'elles sont méconnues, entraînent quelquefois la mort. L'ascite, les hémorrhagies, et surtout la diarrhée, sont autant de symptômes indicateurs d'un état grave et susceptible de devenir mortel. Cependant ces symptômes sont ici moins redoutables que dans toute autre maladie, et le pronostic est loin d'être toujours défavorable, puisqu'il existe aujourd'hui un nombre déjà raisonnable de cas certains de guérison. Tant que le foie est volumineux, le pronostic doit paraître moins grave ; mais des deux formes anatomiques signalées, la forme gommeuse est celle qui offre le moins de danger.

§ 2. — Affections syphilitiques des glandes vasculaires sanguines.

Bibliographie. — Sauvages. *Étisie syphilitique*, dans *Nosologie méthodique*, t. III, p. 253. — A. Dumoulin, *De la cachexie en général et de la cachexie syphilitique en particulier*. Thèse de Paris, 1848. — Monneret et Fleury, *Compendium de médecine pratique*, t. VIII, p. 67. — Hutchinson, *Medical Times and Gaz.*, 17 juillet 1858, et *Gaz. hebdomad.*, 4 mars 1859, p. 143. — Moutard-Martin, dans *Union médicale*, 1860. — Boys de Loury, *Du marasme ou cachexie syphilitique*, Gazette hebdom., 1859, n° 40. — R. Virchow, *La syphilis constit.* Paris, 1860. — Frickhofer, dans *Nassauer Correspondenzblatt*, 10. 1860. — Hutchinson et Jackson, *Med. Times and Gaz.*, oct. 1862. — Mosler, dans *Berlin. Klinik. Wochenschr.*, p. 15 à 25. 1864. — Verneuil, *Tumeurs gommeuses de la région inguinale* Archives génér. de médecine, t. II, p. 385, 1871, et Ann. de Dermatologie, t. IV, p. 95.

Formées sur un même type, douées de fonctions analogues, sinon identiques, susceptibles de désordres anatomiques très-semblables, les glandes vasculaires sanguines, influencées par la syphilis, concourent d'une façon synergique à l'altération du liquide sanguin et à la production de ces états particuliers de l'organisme connus sous le nom de *chloro-anémie* et de *cachexie*. C'est pourquoi il importe de grouper dans un seul paragraphe l'étude de leurs altérations spécifiques.

Des vésicules closes, une trame de tissu conjonctif, des vaisseaux et des nerfs : telle est la constitution élémentaire des glandes vasculaires sanguines. Deux sortes d'éléments, par conséquent, les uns spéciaux, les autres communs à tous les organes, entrent dans la composition des glandes comme dans celle de la plupart des organes. Mais tandis que la substance conjonctive interstitielle est dans ces dernières le siége unique de la localisation morbide syphilitique,

le virus exerce ici une action spéciale sur chacun des deux éléments et les altère, tantôt isolément, tantôt simultanément.

Étude anatomique. — Les altérations qui portent sur la trame fibreuse ne diffèrent pas de celles que nous connaissons; elles présentent les mêmes modes anatomiques, et consistent toujours dans une formation conjonctive, diffuse ou circonscrite. L'altération diffuse est partielle ou générale, la glande malade s'injecte, augmente de volume dans une partie ou dans sa totalité; plus tard elle s'atrophie sous l'influence des propriétés rétractiles du tissu nouveau. Les follicules diminuent de volume, s'altèrent et perdent leurs fonctions. Toutes les glandes vasculaires sanguines sont susceptibles de cette altération, qui est plus fréquente dans la rate et les ganglions lymphatiques. Les dépôts circonscrits constituent de petites tumeurs plus ou moins fermes, arrondies et jaunâtres, n'offrant aucune différence tranchée avec les gommes des autres viscères. La rate, le corps pituitaire, le thymus, sont le siége le plus ordinaire de ces productions dont la présence a été rarement signalée dans les autres glandes sanguines.

La modification anatomique spéciale qui porte sur l'élément propre des glandes sanguines a été décrite dans les glandes lymphatiques par Virchow, qui lui reconnaît trois stades : l'état fluxionnaire ou hyperémique, l'état médullaire et l'état caséeux. L'injection et l'imbibition séreuse commencent le premier de ces états, puis arrivent l'agrandissement des cellules lymphatiques et leur multiplication. Les follicules des ganglions deviennent plus volumineux et prennent l'aspect de points blancs ou grisâtres que séparent des interstices solides. Le ganglion, ramolli, cède à la pression et glisse entre les doigts; mais en même temps, s'il y a prolifération des éléments de tissu conjonctif, il prend un aspect uniforme, rougeâtre, ou blanc grisâtre, et dans ces conditions il diffère par un aspect plus clair et plus humide des ganglions de la fièvre typhoïde, de la leucémie, des scrofules et de la tuberculose. Ces caractères appartiennent au second stade, et celui-ci, si l'altération a un développement rapide, conduit au ramollissement aigu ou à la suppuration; si, au contraire, ce développement est lent, les jeunes cellules formées par la prolifération du tissu ganglionnaire s'altèrent, régressent, se transforment, et la métamorphose graisseuse devient le dernier terme de cette évolution pathologique. La transformation caséeuse est rare en pareil cas, ainsi que l'on peut s'en assurer par la lecture de nos observations.

Les glandes lymphatiques ne sont pas seules soumises à ce mode d'altération; il y a tout lieu de croire que la rate et le corps thyroïde n'en sont pas précisément exempts. Il est de fait que l'augmentation de volume de ces derniers organes est fréquente dans le dernier stade de la syphilis, puisqu'elle se trouve notée dans la plupart de nos faits. Ces altérations, par leurs caractères particuliers et leur apparition fréquente à une certaine époque de la syphilis, mettent en évidence une relation étiologique avec cette maladie. Ajoutons que dans certains cas, la rate est atteinte d'une dégénérescence amyloïde ou lardacée analogue à celle que nous avons déjà observée dans le foie, et, comme cette dernière, non directement liée à la syphilis.

Ces données anatomiques générales une fois établies, entrons dans les détails

et faisons voir ce que présente de particulier chacune des glandes dont il s'agit.

Corps ou glande pituitaire. — Meyer fait mention, dans un cas de syphilis, de l'existence, sur la selle turcique, d'une tumeur pâteuse, élastique, du volume d'une noisette, fusionnée avec l'os et dont le corps pituitaire était vraisemblablement le point de départ. Dans un cas rapporté par Virchow, cette glande, augmentée de volume, présentait çà et là des saillies d'apparence caséeuse, de teinte jaune verdâtre, disséminées dans un tissu jaune grisâtre (obs. X, p. 141). Une lésion gommeuse du corps pituitaire nous a paru certaine dans un fait que nous avons observé et publié ailleurs (1). Bien des fois, du reste, nous avons vu la glande pituitaire modifiée et plus volumineuse dans le cours de la syphilis viscérale.

Corps ou glande thyroïde. — L'altération de cette glande se rencontre dans plusieurs de nos observations. Une augmentation de volume très-manifeste et le plus souvent généralisée, une consistance plus ou moins ferme avec coloration jaunâtre par places, tel est l'aspect sous lequel s'est le plus souvent montré cet organe à la simple vue. L'examen microscopique nous a révélé l'accroissement en nombre des éléments glandulaires, et dans quelques cas leur métamorphose graisseuse plus ou moins complète. Nous ne connaissons aucun fait qui donne l'indication d'un dépôt gommeux au sein de cette glande; mais c'est là peut-être une conséquence de la négligence avec laquelle on fait trop souvent les autopsies. Le corps thyroïde n'en est pas moins fréquemment volumineux chez les femmes qui sont affectées de syphilis ancienne (2).

Capsules surrénales. — De même que le corps thyroïde, les capsules surrénales sont, en général, augmentées de volume chez les individus qui succombent aux atteintes de la syphilis viscérale; c'est du moins un fait qui résulte des observations de Virchow, de Moxon (3) (obs. V et VII), aussi bien que des nôtres. Outre l'augmentation de volume, le professeur de Berlin (4) a observé, dans un cas, une dégénérescence graisseuse complète de ces glandes, que d'autres auteurs ont trouvées occupées par des tumeurs qui pouvaient bien n'être que des dépôts gommeux.

Rate. — Les altérations syphilitiques constatées dans cet organe sont tantôt une splénite diffuse, tantôt des dépôts gommeux, enfin une hypertrophie par augmentation du contenu cellulaire ou de la pulpe. La splénite diffuse est le plus souvent partielle, elle débute par l'hypergénèse et la tuméfaction du parenchyme splénique : il se forme ainsi des foyers lobulaires plus ou moins nombreux et disséminés. Les points affectés sont durs à la coupe, ils

(1) L. Gros et Lancereaux, *Des affect. nerv. syphilitiques*, 1861, observ. CXXIV, p. 124.
(2) Voyez plus loin à Syphilis héréditaire, pour l'étude des altérations syphilitiques du thymus.
(3) W. Moxon, dans *Guy's Hospital Reports*, vol. XIII, p. 339. London, 1868.
(4) Wurzburg Verhand. vol. III, p. 368.

apparaissent plus foncés, plus secs, plus consistants. Quelquefois ils sont colorés en rouge noir, ils ressemblent à des foyers hémorrhagiques (voyez obs. XXIX, etc.). Plus tard la rougeur disparaît, surtout au centre, le tissu de l'organe, en devenant plus sec et plus dur, prend une coloration plus pâle; quelquefois il revêt une teinte d'un rouge grisâtre. A ce moment l'augmentation des éléments du tissu conjonctif est évidente, et, dans les points où l'altération s'est faite sous forme de foyer, on remarque un épaississement de ce tissu, puis une rétraction et une dépression cicatricielle, comme nous l'avons vu dans les lésions syphilitiques du foie, du testicule et de l'iris. Blanche et épaissie, la capsule fibreuse de la rate adhère généralement au diaphragme (périsplénite).

Les dépôts gommeux se montrent dans la rate avec leurs caractères habituels, c'est-à-dire sous forme de nodosités arrondies, blanchâtres ou jaunâtres, uniques ou multiples, et plus ou moins profondément situées. Ces manifestations sont relativement rares, quelques faits seulement attestent leur existence. Wilks a donné un dessin qui représente une de ces tumeurs siégeant dans l'épaisseur du parenchyme splénique, au voisinage de la capsule fibreuse. Hutchinson et Jackson rapportent deux faits où semblable altération existe; un autre cas a été vu par Gregorié (1), et peut-être serait-il possible de rapprocher de ces faits une observation de Meyer, dans laquelle la rate, développée et augmentée de volume, offrait des dépôts blanchâtres sur sa capsule (obs. VI (2).

L'augmentation pure et simple du volume de la rate est, par contre, fréquente dans les faits qui nous sont personnels. Or, comme dans ces faits aucun désordre matériel ne s'opposait à la circulation hépatique, et qu'aucune cause ne venait expliquer l'existence de l'hyperplasie splénique, nous sommes bien forcé de rattacher cette hyperplasie à la diathèse syphilitique. La dimension en longueur que mesurait la rate était en général de 15 à 20 centimètres; la consistance de ce viscère était presque toujours un peu molle, sa coloration brunâtre, violacée, d'un blanc grisâtre sur quelques points. Le microscope y montrait par places des éléments granuleux et en voie d'évolution rétrograde.

Glandes lymphatiques profondes. — L'étude des altérations syphilitiques de ces glandes ne date que de ces dernières années. Swediaur avoue qu'il n'existait de son temps aucune observation authentique de ces lésions. Aujourd'hui l'adénopathie lymphatique tertiaire profonde est mieux connue anatomiquement que l'adénopathie superficielle ou sous-cutanée. La raison est qu'on a plus souvent l'occasion d'en faire l'examen nécroscopique.

Les ganglions de l'abdomen, et en particulier les ganglions prévertébraux et lombaires, les ganglions iliaques et fémoraux, sont le plus habituellement atteints (3). Viennent ensuite les ganglions bronchiques et des médiastins; les ganglions mésentériques sont beaucoup plus rarement affectés; il en est de même des ganglions des membres. Y a-t-il une relation constante entre cette altération ganglionnaire et les lésions viscérales? C'est à quoi il nous est difficile de répondre; mais nous avons fréquemment constaté l'altération ter-

(1) Voy. *Memorabil*, XV, 1870, et *Schmidt's Jahrb.*, t. CLI, p. 291, 1871.
(2) Voy. *Schmidt's Jahrbücher*, t. CXIV, p. 312, 1862.
(3) Voyez nos observations et principalement celles qui ont trait à la syphilis hépatique.

tiaire des glandes lymphatiques, sans qu'il y eût de manifestations morbides dans les organes correspondants.

Les caractères anatomo-pathologiques de ces glandes sont en général très-variables, ce qu'il faut attribuer au mode et à l'âge de l'altération. Dans l'adénite diffuse, le ganglion primitivement volumineux revient peu à peu sur lui-même, il est grisâtre, arrondi, induré et presque uniquement constitué par du tissu conjonctif. L'adénite gommeuse est caractérisée par l'augmentation de volume des glandes lymphatiques qui d'abord fermes, élastiques, d'une teinte blanchâtre ou rose, sont plus tard molles, jaunâtres, caséeuses et même fluctuantes. Superficiellement placées, les glandes ainsi altérées peuvent ulcérer la peau et se faire jour au dehors (obs. XXII). S'il s'agit d'une simple hyperplasie des éléments ganglionnaires (ce qui est peut-être le cas le plus fréquent), le ganglion revêt une apparence particulière : il s'accroît surtout dans le sens de son plus grand diamètre, c'est-à-dire en longueur plutôt qu'en épaisseur, à un tel point qu'il peut acquérir jusqu'à 3, 4, 5 et 6 centimètres, comme le montre la figure 8, p. 304. Friable, de consistance un peu molle, il présente une surface injectée, de coloration rose, rougeâtre ou d'un gris jaunâtre. A la coupe, on observe la même coloration; mais au toucher on a la sensation d'une substance médullaire ou caséiforme, suivant le degré plus ou moins avancé d'altération des éléments constitutifs (obs. XXIX et suiv.).

En outre, les caractères que nous venons de signaler, les lésions syphilitiques des glandes lymphatiques se distinguent des lésions qu'engendrent la fièvre typhoïde, la tuberculose et la maladie scrofuleuse, par leur siége, par leur forme particulière et enfin par l'absence constante de suppuration. Ajoutons que, dans les altérations ganglionnaires tuberculeuse et scrofuleuse, la dégénérescence amyloïde s'observe plus souvent que dans la syphilis.

Les lésions ganglionnaires doivent être rangées parmi les plus fréquentes et les plus constantes altérations de la période tertiaire; elles sont à la syphilis des viscères ce que les adénopathies lymphatiques sous-cutanées sont à la syphilis de la peau, c'est-à-dire un accompagnement pour ainsi dire obligé. Toujours, en effet, elles se rencontrent lorsqu'il existe une affection viscérale, et quelquefois on les observe dans des cas où cette dernière fait défaut. Les amygdales, dont l'altération accompagne si souvent l'angine syphilitique secondaire, peuvent être affectées de lésions tertiaires, surtout de dépôts gommeux auxquels succèdent des ulcérations plus ou moins profondes, susceptibles d'être prises pour des lésions d'une tout autre nature, et d'inspirer les plus vives inquiétudes. La connaissance de ces altérations est par conséquent des plus importantes, et nous devions les signaler.

Sang. — Les désordres anatomiques des glandes vasculaires sanguines entraînent le plus souvent à leur suite une modification du liquide sanguin que l'on a regardée à tort comme l'effet d'une action directe du virus. Les individus qui succombent à cette période avancée de la syphilis ont un sang peu abondant, manifestement diminué de quantité et altéré dans sa composition. Ce sang est plutôt fluide qu'épais, rarement il contient des coagulums fibrineux, et parfois il colore les parois du cœur ou des vaisseaux. Les globules rouges, diminués de nombre, apparaissent avec leur forme et leur volume ordi-

naires ; les globules blancs sont relativement plus nombreux, et, si l'on en croit Virchow, il existerait en pareil cas une véritable *leucocytose*. Nous avons pour notre compte plusieurs fois constaté, à cette période de la syphilis, un nombre plus considérable de globules blancs, trop rarement toutefois pour pouvoir accorder à ce fait un degré d'importance véritable ; car, d'un autre côté, nous avons vu les leucocytes conserver leur proportion normale dans des cas où l'altération relativement peu avancée des glandes sanguines pouvait faire présumer l'existence d'une leucocytose. Les hémorrhagies qui s'observent lorsque le foie est lésé sembleraient indiquer qu'il y a une diminution de la fibrine ; mais ce n'est là qu'une simple présomption. L'apparition d'une anasarque conduit à une supposition analogue, relativement à l'albumine du sang ; disons que ce symptôme se lie assez généralement à une dégénérescence amyloïde des reins.

Cependant, il y a lieu de se demander si le sang n'est pas primitivement affecté par le virus syphilitique. Ce qui porterait à le croire, c'est le pouvoir que possède ce liquide de transmettre la syphilis ; mais nous ignorons les modifications qui lui sont imprimées. La syphilis, du reste, a cela de commun avec la plupart des maladies, que les modifications intimes du sang et les substances étrangères qu'il peut renfermer sont encore à chercher. Un médecin allemand eut la prétention, il y a quelque temps, d'avoir avancé cette question ; mais sa découverte, qui ne fut pas sans faire grand bruit de l'autre côté du Rhin, était à peine éclose que déjà elle tombait dans le discrédit. Si on examine au microscope le sang de malades atteints de syphilis, on voit apparaître du quatrième au cinquième jour, tout d'abord dans les parties non coagulables du sérum, de petits noyaux clairs, extrêmement ténus, auxquels est généralement attaché un filament court et fin. Les jours suivants, c'est-à-dire entre le cinquième et le dixième jour, ces petits noyaux augmentent de nombre et de grosseur, et quelques-uns d'entre eux seulement atteignent le volume des leucocytes du sang ; ils sont tantôt arrondis, tantôt, ce qui est plus fréquent, irréguliers, brillants d'un vif éclat, contournés, et semblables au protoplasma des leucocytes frais. Ils restent décolorés, lors même que le sérum du sang est teinté par la matière colorante ; finalement, ils apparaissent entre les cellules du sang. Lostorfer (1), qui fit la découverte de ces corpuscules, fut conduit à supposer, ou qu'ils existaient normalement dans le sang des sujets syphilitiques, ou qu'ils s'y développaient en vertu d'une propriété spéciale, et, pour ce motif, il les désigna sous le nom de corpuscules de la syphilis. Ses observations n'ont malheureusement pas été confirmées par les recherches ultérieures. Biesiadecki a rencontré ces mêmes corpuscules dans d'autres maladies que la syphilis, et Kobner tend à les considérer comme des débris de globules rouges, une production purement cadavérique.

(1) Ad. Lostorfer, *Ueber die Ergebnisse der mikroskop. Bluntersuch. bei Syphilis*, Archiv f. Dermat. und Syphil., IV, p. 115, 1872. — Comparez : S. Stricker, même journal, p. 123, 132. — C. Wedl, même journal, p. 124. — Biesiadecki, *Wien. med. Wochenschr.*, XXII, 8, 1872. — Vadja, même journal, 8, 9, 1872. — H. Kobner, *Berlin. klin. Wochenschr.*, IX, 18, 1872. — Voir *Schmidt's Jahrb.*, t. CLIV, p. 170.

Étude symptomatique. — Nous passerons successivement en revue les signes physiques fournis par les altérations des glandes vasculaires sanguines, et les troubles fonctionnels de voisinage qui peuvent en être la conséquence; puis nous porterons notre attention sur les désordres généraux qui résultent des modifications anatomiques diverses apportées par la syphilis au sein de ces glandes.

Les signes physiques ne sont guère appréciables que dans les cas d'altération de la rate. La percussion révèle ordinairement alors l'existence d'une matité dans une étendue plus grande qu'à l'état normal. Souvent même la palpation permet d'apprécier le volume de l'organe s'il vient à dépasser le rebord des fausses côtes. Ce dernier mode d'exploration peut aussi nous faire connaître l'état des ganglions lymphatiques profonds, ceux du moins des régions iliaques et fémorales supérieures.

Outre l'influence qu'une rate volumineuse peut exercer sur les fonctions de l'estomac et sur la respiration, et la possibilité d'une compression des tubes aériens par des ganglions bronchiques plus volumineux, on observe des symptômes de voisinage lorsque le corps pituitaire vient à s'altérer. Alors peuvent apparaître des troubles cérébraux résultant d'une compression ou même d'une altération secondaire de la substance nerveuse. Ces troubles, variables, consistent le plus souvent, dans des accès convulsifs et un dérangement de la vue (1).

Des désordres sans localisation spéciale, et qui intéressent l'économie tout entière, accompagnent généralement les altérations des glandes sanguines, ils sont connus et décrits sous le nom de *cachexie*. La cachexie syphilitique n'est donc qu'un syndrôme dépendant de ces altérations. Tous les auteurs, je le sais, ne s'accordent pas sur ce point et ne partagent pas cette manière de voir. Cependant les faits publiés, et d'ailleurs notre observation personnelle, nous ont convaincu de l'existence d'un rapport nécessaire entre le désordre anatomique des glandes sanguines d'une part, et le trouble cachectique de l'organisme d'autre part. Le malade, qui jusque-là n'avait manifesté que des symptômes en rapport avec les lésions locales, voit survenir peu à peu le dérangement de toutes ses fonctions et le dépérissement général de tout son organisme. C'est que le principe qui entretient la vie des organes et qui maintient l'harmonie des fonctions, le sang, se trouve vicié dans son essence, altéré dans sa composition. L'appétit se perd, des troubles notables surviennent dans la digestion, l'haleine devient fétide, même en l'absence d'ulcères de la bouche ou de la gorge; il y a des nausées, parfois des vomissements; une diarrhée, qui tout d'abord n'est pas constante, revient par intervalles plus ou moins éloignés, et constitue dans quelques cas un véritable flux lientérique ou même dysentérique. Des douleurs vagues erratiques, plus ou moins vives, se font sentir en différents points du corps, tout particulièrement dans la tête, et quelquefois il existe une insomnie opiniâtre.

Non-seulement le malade maigrit (2), mais son système musculaire s'atro-

(1) L. Gros et Lancereaux, *Traité des affections syphilitiques*, observation CXXIV, p. 246, 1861.

(2) Faisons remarquer que certains syphilitiques, après avoir manifesté pendant un temps plus ou moins long un état de maigreur considérable, prennent un embonpoint exagéré.

phie notablement, ses forces l'abandonnent ; le teint perd son éclat, la peau des membres se dessèche, se couvre d'une poussière épidermique, prend un aspect mat et terreux ; celle du visage devient terne et plombée, bistre ou jaunâtre. Cette coloration, toutefois, varie quelque peu suivant le viscère qui est plus spécialement affecté. Les traits expriment la souffrance, un état de malaise, d'anxiété et d'abattement tout particulier. Le moindre exercice est une fatigue, il est accompagné d'essoufflement, de palpitations. A ce degré, il est assez ordinaire de constater l'existence d'un bruit de souffle au cœur et dans les vaisseaux du cou, et de voir, chez la femme, la menstruation se supprimer. Puis à ces symptômes, déjà signalés par les anciens auteurs, s'ajoute, dans certains cas, une anasarque plus ou moins généralisée. Arrive enfin un léger état fébrile, d'abord erratique et caractérisé par des frissons revenant à des intervalles irréguliers, puis continu, avec un pouls petit et fréquent, des muqueuses sèches, non humectées, une peau sudorale. La fièvre est toutefois un symptôme rare, même dans le dernier terme de la maladie, à moins d'une complication, une pneumonie ou un érysipèle, affections sur lesquelles nous aurons à revenir plus loin, parce qu'elles sont souvent, dans ces conditions, la cause immédiate de la mort.

Diagnostic.—Les signes fournis par l'exploration des organes et les désordres fonctionnels qui les accompagnent sont les éléments nécessaires au diagnostic de l'altération syphilitique des glandes sanguines. Les signes physiques serviront à reconnaître l'existence de la modification anatomique; les troubles généraux contribueront à en déterminer la nature : ainsi on pourra tirer des indications utiles de l'état de la peau, de sa finesse, de sa sécheresse, et surtout de sa coloration ; de la maigreur du malade, de l'absence habituelle d'un état fébrile, etc. Comme ces indications seront rarement suffisantes, il conviendra d'interroger les antécédents et de rechercher avec soin s'il n'existe pas quelques manifestations cutanées ou viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis.

Les lésions viscérales qui offrent le plus d'analogie avec les états pathologiques qui nous occupent sont celles qui s'observent dans l'intoxication palustre chronique et dans la scrofulose. Dans le paludisme, comme dans la syphilis, il y a altération et augmentation de volume des glandes sanguines, mais les conditions hygiéniques et les antécédents morbides des malades sont très-différents ; dans la cachexie palustre, d'ailleurs, la peau revêt ordinairement une teinte plus jaunâtre (feuille morte), l'anasarque et la fièvre sont des symptômes beaucoup plus fréquents que dans la cachexie syphilitique. De même que la syphilis, la scrofulose produit à une certaine période de son évolution un élargissement du foie et des glandes sanguines avec cachexie ; mais là encore, les antécédents morbides diffèrent, et des lésions osseuses particulières et suppuratives se rencontrent presque toujours. La fièvre et les

C'est un fait qui n'a pas entièrement échappé aux anciens observateurs. Noté dans l'*Aphrodisiacus* de Luisinus (voy. p. 1221), il semble avoir été indiqué par l'auteur anonyme du *Triumphe de très-haulte et très-puissante dame Vérolle* dans la phrase suivante : « Les uns » boutonnants, les autres refondus et engraissés, les autres pleins de fistules lachrymantes, les » autres sont courbés de gouttes nouées. »

sueurs qui accompagnent la tuberculose un peu avancée ne permettront pas de confondre cette maladie avec la cachexie syphilitique. Celle-ci se différenciera de la cachexie cancéreuse, dans laquelle la peau, douce, mince, fine et satinée, revêt une coloration jaunâtre plutôt que bronzée. L'œdème des membres est au reste moins commun dans la syphilis que dans la tuberculose et le cancer, où il est ordinairement lié à une thrombose veineuse.

Le pronostic des affections syphilitiques tertiaires des glandes hémopoiétiques est généralement très-grave. Les fonctions de ces glandes une fois troublées, l'organisme se trouve dans les plus fâcheuses conditions; la modification subie par le liquide destiné à entretenir la vie des organes et le jeu des rouages de l'organisme place l'individu dans une sorte de cercle vicieux dont il lui est difficile de sortir. Les spécifiques doivent être employés concurremment avec l'hydrothérapie; mais lorsque les lésions ganglionnaires sont étendues, l'action des agents thérapeutiques est douteuse. S'il m'est arrivé parfois de ramener à la santé des malades profondément amaigris et cachectiques, souvent aussi la médication spécifique est une sorte de contre-sens. Le dépérissement fait des progrès; puis survient le marasme, l'état cachectique se prononce de plus en plus, et trop souvent il finit par la mort.

ARTICLE VI. — APPAREIL DE LA CIRCULATION.

La syphilis ne porte pas son action avec une égale fréquence sur tous les organes circulatoires, et cela sans doute en raison des différences de structure qui leur sont propres. Le cœur et ses enveloppes sont le plus fréquemment affectés; viennent ensuite les artères, car il n'est pas douteux que certaines lésions artérielles ne soient tributaires de la syphilis. Quant aux veines, aucun fait positif ne démontre qu'elles aient jamais subi les atteintes de cette maladie.

On ne peut songer à contester l'existence déjà ancienne de ces affections, bien qu'elles aient jusque dans ces derniers temps à peu près complétement échappé à l'attention des observateurs. Sans nul doute, une étude rétrospective un peu attentive les ferait reconnaître, dans quelques observations, sous les noms d'induration cardiaque, de tubercules ou de cancer du cœur. Parmi les observations rassemblées par le professeur Bouillaud (1), quelques-unes présentent avec les nôtres une si grande ressemblance anatomique, qu'il y a lieu de croire à une identité dans la nature du mal. Le péricarde et le cœur peuvent être isolément ou simultanément affectés.

§ 1. — Péricardite syphilitique.

Wilks et Virchow admettent l'existence d'une péricardite syphilitique. Le dernier de ces auteurs rapporte un fait dans lequel des cordons membraneux unissaient le cœur au péricarde; il y avait en même temps une myocardite. Aucun autre observateur, à ma connaissance, n'a parlé de cette manifestation

(1) Bouillaud, *Traité des maladies du cœur*, Paris, 1835, t. II, art. *Tubercules et Cancer du cœur*.

de la syphilis. Néanmoins, malgré ce silence qui témoigne de la rareté des lésions syphilitiques du péricarde (1), je ne puis hésiter à rattacher à la syphilis les altérations que présente cette toile fibro-séreuse dans deux des observations qui me sont personnelles.

Dans un de ces faits, l'épaississement du péricarde rappelle jusqu'à un certain point la phlegmasie interstitielle des organes parenchymateux ; dans l'autre, l'existence d'une tumeur saillante à la surface interne de cette membrane ne manque évidemment pas d'analogie avec les gommes de ces mêmes organes. Cette tumeur, grosse comme une petite noisette, de coloration jaunâtre, de consistance un peu molle, coïncidait avec d'autres altérations syphilitiques et présentait tous les caractères objectifs des gommes en même temps qu'elle en avait la composition histologique (obs. XXVII).

Aucun trouble fonctionnel ne fut ici la conséquence du désordre anatomique; mais on conçoit très-bien qu'il puisse en être autrement, et qu'une tumeur gommeuse faisant saillie dans la cavité du péricarde puisse gêner les mouvements du cœur, déterminer un bruit de frottement, et quelquefois même devenir le point de départ d'une péricardite secondaire.

Ainsi, dépôts gommeux diffus ou circonscrits et péricardite membraneuse chronique, telles sont les altérations qui, dans des cas très-rares, se montrent du côté du péricarde; mais tandis que le dépôt gommeux peut être indépendant de toute lésion cardiaque, la péricardite simple est, comme nous allons le voir, le plus ordinairement liée à un désordre anatomique du tissu musculaire du cœur.

§ 2. — Myocardite syphilitique.

Bibliographie. — Ricord, *Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens*, planche XXIX, et *Gazette des hôpitaux*, août 1845, n° 101. — Lebert, dans *Atlas d'anatomie pathologique*, t. I, pl. LXVIII. — Lhonneur, dans *Bulletin de la Société anat.*, année 1856, p. 12. — R. Virchow, *La syphilis constitutionnelle*, Paris, 1870, p. 108. — S. Wilks, *On the syphilitic affections of internal organs*, p. 41. — Ruth. Haldane, dans *Edinburgh Med. Journal*, t. VIII, p. 435, septemb. 1862. — Lancereaux, *Etudes sur les lésions viscérales syphilitiques*, Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1864. — E. Wagner, *Das Syphilom der Herzens und der Gefasse in speciellem*, Archiv d. Heilkunde, 518, 1866. — M. Morgan, *The Dublin Quartely Journ.*, t. LII, p. 42, et *Archiv. de Méd.*, t. II, p. 99, 1872. — J. Hutchinson, *London Hospital Reports*, III, p. 382, 1866.

L'un des premiers (2), Corvisart chercha à établir une relation étiologique

(1) Dans une observation de Wagner il est bien question d'un dépôt gommeux du péricarde; mais l'existence de la syphilis n'y est pas suffisamment démontrée.

(2) Portal (*Anat. médicale*, Paris, 1803) dit que le virus vénérien peut produire l'érosion du cœur et en affaiblir les parois. Ne pouvant résister à l'effort du sang, celles-ci se relâchent, et les cavités du cœur sont agrandies et dilatées. Cela est prouvé, ajoute-t-il, par de nombreuses observations de Morgagni; de Sénac, Lieutaud, etc.; mais ces observations sont peu concluantes.

Le cas suivant, qui se trouve cité dans les *Mémoires de la Société royale de médecine*, année 1775, n'est peut-être pas sans quelque valeur à ce point de vue :

Une fille de vingt-deux ans, renfermée dans l'hôpital de Perpignan, mourut après avoir présenté les symptômes les plus graves de la syphilis constitutionnelle, et de plus des accidents du côté du cœur avec une douleur pongitive dans cette région. L'autopsie cadavérique montra une large ulcération qui occupait la face postérieure du cœur dans toute l'étendue des deux

entre la syphilis et les affections cardiaques. De la ressemblance des végétations valvulaires du cœur avec les excroissances vénériennes des parties génitales, il conclut à l'identité d'origine de ces productions morbides (1).

Sans doute, l'idée était bonne, mais elle ne reposait que sur une analogie grossière et toute défectueuse. Aussi Laennec (2) crut-il devoir mettre en doute l'opinion de son illustre prédécesseur. Plus tard, le professeur Bouillaud, formulant la remarquable loi de coïncidence des affections cardiaques et du rhumatisme articulaire aigu (3), montra qu'il fallait, dans les faits rapportés par Corvisart, reconnaître plutôt l'influence de la maladie rhumatismale que celle de la syphilis. Julia essaya (4) de remettre en honneur les idées de Corvisart en s'appuyant sur la même comparaison ; mais ce qu'il dit des ulcérations du cœur n'est pas fait pour entraîner la conviction. D'ailleurs, comme la plupart des altérations syphilitiques des viscères, celles du cœur ne peuvent être comparées qu'aux lésions tertiaires de la vérole ; elles se présentent sous les mêmes formes anatomiques diffuse et circonscrite que nous avons déjà rencontrées dans les muscles de la vie animale.

Étude anatomique. — La myocardite syphilitique diffuse accompagne presque toujours les dépôts gommeux du cœur. Un cas observé par Virchow présente à la fois une myocardite gommeuse du cœur droit et une myocardite simple du ventricule gauche. Ce ventricule tout entier était dilaté, et vers la pointe existait un diverticule capable de recevoir une noix muscade dans sa cavité tapissée par un endocarde épaissi, scléreux, et en partie remplie par un thrombus adhérent aux parois. Les deux muscles papillaires de la valvule mitrale étaient presque complétement ratatinés et transformés en cordons durs et aplatis, constitués par un tissu blanchâtre, analogue au tissu de cicatrice ; à leur sommet les fibres musculaires existaient encore. Les fibres tendineuses, celles du muscle papillaire postérieur particulièrement, étaient raccourcies et un peu épaissies. La lame antérieure de la valvule mitrale était aussi épaissie. Sur presque toute l'étendue du ventricule, l'endocarde était blanc bleuâtre ou jaunâtre, d'un aspect terne ; il était épaissi, inégal, mamelonné, et ne présentait de caractères normaux qu'à la base du ventricule et au niveau de la cloison. Au-dessous de l'endocarde, le tissu musculaire du cœur avait disparu et était remplacé par un tissu fibreux relativement très-vasculaire, comme œdématié et très-différent de l'endocarde dur et rigide ; en plusieurs points de ce tissu existaient des tubérosités aplaties ou arrondies, d'un blanc jaunâtre, de consistance sèche, ferme, résistante, caséeuse (5).

ventricules. Au fond de cet ulcère on ne trouvait plus que quelques fibres musculaires qui formaient une toile très-mince et qui furent rompues par une légère pression du doigt. La substance cardiaque environnante était notablement indurée : le cœur avait 11 pouces 8 lignes de circonférence au-dessous des oreillettes, et l'ulcère avait 9 pouces 2 lignes et demie.

(1) *Essai sur les maladies du cœur*, p. 89, édit. de l'*Encyclopédie des scienc. méd.*

(2) *Traité de l'auscultation*, t. III, édit. Meriadec Laennec. Paris, 1831.

(3) *Traité des maladies du cœur*. Paris, 1835.

(4) *Gazette médicale de Paris*, 1845.

(5) *Loc. cit.*, p. 111 et suiv.

Cette altération s'est une fois présentée à mon examen en l'absence de dépôts gommeux, elle occupait également le ventricule gauche. Moins étendue que dans le fait de Virchow, elle se trouvait caractérisée par la présence d'un tissu fibreux blanchâtre, parsemé sur quelques points de taches jaunâtres. Ce tissu formait dans la paroi ventriculaire des intersections (1) jusqu'à un certain point comparables à celles qu'on voit normalement dans certains muscles de la vie animale, dans les muscles grands droits en particulier; le cœur était augmenté de volume. Dans un cas rapporté par Hutchinson, semblable altération se rencontrait à une période moins avancée de son évolution. La surface du cœur était semée de taches ecchymotiques et la substance musculaire présentait dans son épaisseur, principalement à gauche, des taches d'un gris jaunâtre. A l'examen microscopique, on voyait entre les fibres musculaires des cellules semblables aux leucocytes et de nombreux globules graisseux.

Lorsqu'on suit cette altération dans ses diverses phases d'évolution, et c'est chose facile, parce que l'âge des différents points lésés est d'ordinaire très-différent. Voici ce que l'on observe : d'abord, vascularisation et apparition de noyaux et de petites cellules arrondies sur le sarcolemme ou dans la trame connective, et apparence ecchymotique du tissu affecté; puis formation de fibres de tissu conjonctif sur quelques points; en d'autres endroits, au contraire, métamorphose graisseuse des éléments nucléaires et cellulaires, d'où la coloration jaunâtre ci-dessus indiquée; en même temps, et secondairement à la formation de substance conjonctive, dégénération granulo-graisseuse des fibres musculaires dont le contenu peut être complétement résorbé.

Ainsi caractérisée, cette forme de la syphilis cardiaque, qui ne diffère pas de la myosite syphilitique diffuse, doit être distinguée de la myocardite du rhumatisme et de celle que produit quelquefois l'abus prolongé des boissons alcooliques. A ne considérer que leurs caractères objectifs, ces diverses altérations sont difficilement séparables ; d'autres caractères heureusement permettent de les différencier : c'est, dans le cas d'affection rhumatismale, la lésion presque constante des orifices et des valvules du cœur ; dans le cas d'une intoxication alcoolique, la surcharge adipeuse de la base du cœur, la coloration jaunâtre et la dégénérescence graisseuse des fibres musculaires en dehors de la région envahie par la phlegmasie.

La myocardite gommeuse diffère tellement des lésions cardiaques non syphilitiques, qu'il est permis d'avancer avec certitude qu'elle présente un cachet de spécificité incontestable (2). La description que nous allons en don-

(1) En suivant sous le champ du microscope les fibres musculaires qui venaient aboutir à ces sortes d'intersections fibreuses, nous avons pu constater la disparition progressive des contours du myolemme et nous assurer que celui-ci était le point de départ de la nouvelle formation. La multiplication nucléaire que l'on y constatait nous porte à penser qu'au moins dans quelques cas les fibres musculaires du cœur sont susceptibles de subir une véritable transformation fibreuse.

(2) On se convaincra de la vérité de cette assertion en comparant les figures de l'*Iconographie* de Ricord et de l'*Atlas* de Lebert avec celles qui font partie de ce travail.

ner repose sur l'analyse de neuf faits rapportés par divers auteurs (1) et par nous-même. Dans ces faits, l'altération cardiaque a pour siége :

Les deux ventricules.	2 fois.
Le ventricule gauche.	3 fois.
Le ventricule droit.	2 fois.
La closion interventriculaire.	1 fois.
L'oreillette droite	1 fois.

Les parois des cavités du cœur sont ainsi le siége habituel de l'altération, les valvules et les orifices restent le plus souvent intacts ; telle est la première donnée que nous fournit cette analyse qui n'est pas sans intérêt puisqu'elle peut servir à différencier les affections syphilitiques du cœur des lésions rhumatismales. Est-ce à dire cependant que les orifices du cœur avec leur structure fibro-séreuse échappent complétement à l'action de la syphilis? Je n'oserais l'affirmer, car chez un homme à l'autopsie duquel je trouvai des exostoses, une perforation des os du crâne, un foie parsemé de dépressions et de sillons cicatriciels, il existait un épaississement circonscrit du bord libre de la valvule mitrale, et la valvule tricuspide, siége d'un semblable épaississement, présentait à sa partie moyenne une perforation large de près de 1 centimètre. Les cordages tendineux aboutissant à cette valvule étaient atrophiés, les colonnes charnues, fermes et de coloration blanchâtre, étaient abondamment pourvues de tissu fibreux.

La myocardite gommeuse, surtout quand il s'y ajoute une myocardite diffuse, contribue à l'augmentation de volume du cœur par l'épaississement de la paroi ventriculaire et par la dilatation consécutive du ventricule lésé. Dans ces conditions, la forme de l'organe est modifiée par le fait de la prédominance relative d'une cavité sur l'autre. La consistance du tissu cardiaque affecté est ferme, sa résistance est grande partout où des éléments musculaires sont remplacés par du tissu fibreux. La surface externe de l'organe, blanchâtre ou légèrement décolorée, conserve son état lisse et égal; mais quelquefois de petites tumeurs jaunâtres font saillie à la surface interne. L'endocarde est épaissi, blanchâtre, dur, comme cartilagineux dans certains cas, et toujours intimement adhérent au tissu sous-jacent. C'est au sein de ce tissu, dans l'épaisseur des muscles ou de la trame fibreuse qui les remplace, que siégent les dépôts gommeux. Ceux-ci sont arrondis, plus ou moins réguliers et du volume d'un pois; quelquefois ils ont le volume et la forme d'un haricot (voyez pl. II, fig. 1), d'un noyau de cerise ou même d'un œuf de pigeon. Ils sont le plus souvent multiples, quelquefois solitaires, petits, ou bien encore placés l'un à côté de l'autre, en amas ou en groupes. De consistance ferme ou caséeuse, de coloration grisâtre ou jaune blanchâtre, les tumeurs gommeuses sont enveloppées d'une sorte d'atmosphère fibreuse grisâtre vasculaire, elles sont homogènes à la coupe, sèches plutôt qu'humides, et ne diffèrent pas, quant à leurs caractères microscopiques, des gommes des autres organes ; elles sont composées des mêmes éléments de tissu conjonctif, tantôt à la période d'évolution progressive, tantôt à la période de régression. Les

(1) Ricord, Lebert, Lhonneur, Virchow, Wilks, Haldane, Morgan..

fibres musculaires comprises au sein d'une semblable altération sont toujours plus ou moins profondément modifiées. Elles peuvent présenter tous les degrés de l'altération graisseuse, depuis l'état à peine granulé jusqu'à la disparition complète du contenu du sarcolemme; leur coloration est en rapport avec la plus ou moins grande abondance des granulations qui s'y trouvent déposées.

Les dépôts syphilitiques du cœur sont soumis à la même évolution pathologique que les gommes du tissu cellulaire et des muscles, c'est-à-dire que, par le fait de la métamorphose régressive qu'ils sont appelés à subir, ils se ramollissent peu à peu, et, s'ils ne sont pas résorbés, ils peuvent déterminer l'ulcération des parties voisines; de là issue possible de la substance qui les compose dans les cavités cardiaques, embolies et infection générale, ainsi que semble le démontrer le fait observé par Oppolzer. Un homme porteur de syphilis est tout à coup frappé d'hémiplégie, et succombe au bout de quelques jours. On constate à l'autopsie un ramollissement du lobe moyen de l'hémisphère droit avec oblitération de l'artère de Sylvius. Au-dessous des valvules aortiques existent deux petits orifices conduisant dans une cavité capable de contenir un haricot, et qui paraît avoir été produite par une tumeur gommeuse ramollie (1). Gardons-nous de conclure d'après ce seul fait que les gommes peuvent fréquemment se vider dans les cavités du cœur, car l'endocarde, le plus souvent épaissi, s'oppose à cette fâcheuse terminaison.

Notons, pour compléter l'étude des lésions cardiaques d'origine syphilitique, que deux fois, dans les faits qui nous sont personnels, les parois ventriculaires gauches, très-notablement épaissies, présentaient à la coupe une surface lisse, brillante, d'aspect lardacé, de coloration gris jaunâtre et d'une consistance légèrement onctueuse. La cavité ventriculaire était en même temps dilatée. Cette altération, caractérisée histologiquement par la transformation de la fibre musculaire en une masse homogène et brillante, peut être rapprochée de la dégénérescence amyloïde, que nous avons vue dans le foie, d'où un certain degré de ressemblance entre les lésions syphilitiques des organes de l'abdomen et celles du cœur. Celles-ci sont en résumé la myocardite simple et la myocardite gommeuse, accompagnée ou non d'endocardite ou de péricardite, et enfin la dégénérescence lardacée, qui, comme nous le savons, n'a qu'une relation indirecte avec la syphilis. Il m'est impossible d'admettre avec Morgan une affection cardiaque sans lésion matérielle, surtout en l'absence de faits sûrement démonstratifs; de même, je ne puis rattacher à la syphilis un cas dans lequel Janeway (2) trouva les valvules aortiques racornies, épaissies et couvertes de végétations. Dans ce cas, où rien ne prouve l'influence de la syphilis, pas plus les caractères anatomo-pathologiques que le traitement, je ne vois qu'une simple coïncidence de syphilis et d'affection cardiaque.

Je ne ferais que répéter ce que j'ai déjà dit plus haut, si je voulais énumérer les caractères qui distinguent les gommes du cœur des néoplasmes tubercu-

(1) Voyez dans *Schmidt's Jahresb.*, 1860, p. 89 et suiv., l'art. de Meissner.

(2) Janeway, Syphilis, cause de maladie cardiaque, *The medical Recorder*, feuillet 15, 1872 et *Gaz. hebd.* 1872.

leux et cancéreux. Ces dernières lésions, toujours secondaires lorsqu'elles envahissent le cœur, ne subissent pas la prompte dégénérescence graisseuse des tumeurs gommeuses.

Étude symptomatique. — La plupart des faits qui servent à notre analyse ne fournissent, il faut bien le reconnaître, que des données symptomatiques fort incomplètes, car une mort inattendue ou subite est venue le plus souvent emporter les malades. Les symptômes observés sont les uns fonctionnels, les autres physiques. Les palpitations ont rarement fait défaut, elles étaient énergiques, violentes, accompagnées d'une impulsion forte à la région précordiale, et d'un désordre manifeste des battements du cœur, désordre qui se traduisait au pouls par l'irrégularité et un sentiment de faiblesse plus ou moins grande, avec de la dyspnée et de l'oppression. A ces symptômes s'ajoutaient, dans les derniers temps de la vie surtout, une douleur vive et une sensation pénible de gêne à la région précordiale. On observait la décoloration de la peau du visage, un léger degré de cyanose aux lèvres et aux extrémités, un œdème en général peu marqué. Les vaisseaux veineux du cou et des extrémités étaient le plus souvent distendus et, en fin de compte, survenaient tous les symptômes de l'asystolie.

La matité du cœur, mesurée par la percussion, a paru plus étendue que dans l'état physiologique. L'auscultation a révélé des bruits plus sourds, et deux fois un souffle très-léger accompagnait le premier bruit normal et avait son maximum à la pointe. Je me contente de rappeler ici les symptômes d'infection secondaire mentionnés dans le fait d'Oppolzer.

La marche des affections que je viens de décrire a toujours été lente, progressive et insidieuse. Leur durée, généralement longue, est presque impossible à déterminer, justement à cause de la difficulté qu'on éprouve à préciser le début. La mort a été la terminaison constante dans les faits que j'ai cités. Survenue lentement et peu à peu dans trois cas, elle a été une fois rapide et brusque, quatre fois presque subite, et la suite très-probable d'un arrêt primitif des battements du cœur. Cette issue ne doit pas surprendre quand nous savons que les parois ventriculaires sont le siége spécial de l'altération. Cependant, il faut savoir que celle-ci n'a pas la mort pour conséquence forcée, et que la guérison peut avoir lieu avec ou sans dilatation partielle du cœur.

Un malade observé pendant près de six mois nous a fourni la preuve de ce que nous avançons. Il s'agit d'un homme jeune, bien constitué, d'une bonne santé habituelle, et qui présentait, au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, en même temps qu'un léger œdème des extrémités une augmentation considérable du volume du foie. Cet organe descendait jusqu'à l'ombilic ; sa surface ne paraissait pas lisse, mais légèrement bosselée ; le cœur, à peine plus volumineux, ne présentait aucun bruit anormal, mais ses battements étaient très-irréguliers, et le malade accusait une oppression qui datait de plusieurs mois : les autres organes étaient sains. Malgré l'absence d'antécédents avoués, le malade, en raison de l'état de son foie, fut soumis à un traitement spécifique, et pendant plusieurs mois il prit de l'iodure de potassium. Or, sous l'influence de ce médicament, nous vîmes l'oppression disparaître, le cœur reprendre sa régularité, et le foie diminuer de volume au point de ne plus

dépasser que de un à deux travers de doigt le rebord costal. La cachexie, en même temps, fit place à un certain embonpoint.

Diagnostic. — Dans le cœur pas plus que dans les autres viscères, les affections syphilitiques n'ont de signes véritablement pathognomoniques. Aussi, pour les reconnaître, faut-il avant tout diagnostiquer l'infection générale. Cependant je ferai remarquer que ces affections constituent dans la classe des lésions cardiaques un groupe distinct et qu'il est le plus souvent possible de différencier des affections rhumatismales. Effectivement, vu leur localisation dans l'épaisseur des parois musculaires, les affections syphilitiques du cœur se manifestent à peu près uniquement par de l'oppression, de la dyspnée, de l'irrégularité dans les battements du cœur et de l'inégalité dans le pouls; tandis que les affections rhumatismales, qui ont pour siége spécial les valvules du cœur gauche et particulièrement la valvule mitrale, produisent en général un souffle intense et sont accompagnées d'un œdème accusé au bout d'un certain temps (1). La myocardite rhumatismale, la myocardite alcoolique et les dilatations secondaires des cavités cardiaques, ne donnant parfois lieu à aucun bruit de souffle, se rapprochent davantage des affections syphilitiques du cœur, d'autant mieux que, comme ces dernières, elles se manifestent à une certaine période par des phénomènes d'asystolie. Dans ces conditions, les antécédents du malade, l'existence ou l'absence de la cachexie seront d'un grand secours pour le diagnostic (2). Le fait suivant peut donner une idée des difficultés du diagnostic en pareil cas et de la possibilité de les surmonter.

Une femme âgée de trente-sept ans entre à l'Hôtel-Dieu pour se faire traiter d'exostoses situées à la partie antérieure des tibias. Cette femme, d'une force et d'une constitution ordinaires, n'a jamais fait de maladie sérieuse ; il y a six ans environ qu'elle a contracté une syphilis. C'est à cette maladie que se rattachent évidemment les exostoses dont elle est affectée aujourd'hui. Mais cette femme est en outre pâle, décolorée, amaigrie, elle a un foie qui déborde de deux à trois travers de doigt le rebord costal. Elle accuse de l'essoufflement, une sensation de gêne précordiale, des palpitations violentes. La percussion montre que le cœur est augmenté de volume, et l'auscultation y révèle un souffle doux. Les battements de cet organe sont irréguliers, le pouls est faible et dépressible. Ne

(1) C'est en tenant compte de ces symptômes que nous sommes parvenus à éloigner l'idée d'une affection syphilitique du cœur chez un malade que nous avons soigné récemment et qui avait tout à la fois une syphilide circonscrite du cuir chevelu, une double orchite syphilitique et une affection cardiaque. Cette affection, qui se traduisait par un souffle présystolique se prolongeant vers la pointe, nous fit diagnostiquer une endocardite rhumatismale; il y avait eu antérieurement d'ailleurs une attaque de rhumatisme articulaire. Le foie, volumineux mais tissé, douloureux à la pression, nous parut simplement hyperémié. La mort, survenue plus tard, vint confirmer ce diagnostic, en dévoilant l'existence d'une endocardite scléreuse avec rétrécissement mitral.

(2) On me permettra de faire remarquer que j'ai, le premier, si e ne me trompe, cherché à montrer que les affections du cœur présentaient des différences anatomiques et symptomatique en rapport avec leur provenance. De même, je crois avoir établi des distinctions importantes dans cet état anatomique du foie connu depuis Laennec sous le nom de cirrhose, et j'avoue sincèrement que j'ai été quelque peu surpris de voir reproduire quelquefois textuellement ce que j'ai écrit à ce sujet, sans qu'on se soit donné la peine de citer la source.

voyant aucune cause qui vînt expliquer les désordres du cœur et du foie, je soupçonnai que les lésions de ces organes pouvaient se rattacher à la syphilis, et c'est en effet ce que vint prouver un traitement par l'iodure de potassium.

Si nous voulions nous en rapporter uniquement aux faits qui ont servi à notre analyse, il en résulterait que la syphilis cardiaque ferait courir les plus grands dangers, et qu'ainsi son pronostic serait des plus graves. Mais un tel jugement risquerait d'être inexact. Il faut observer, en effet, que nous n'avons examiné ici que des cas qui ont eu la mort pour terminaison. Il y a tout lieu de croire qu'à côté de ces faits il en existe d'autres dont l'origine reste méconnue, par cela seul qu'ils sont moins sérieux et qu'ils se terminent par la guérison; les deux faits qui précèdent sont du moins favorables à cette supposition.

Quoi qu'il en soit, les désordres syphilitiques du cœur sont toujours à redouter à cause des importantes fonctions de cet organe. Les deux observations suivantes font connaître ces désordres et leur gravité.

Oppression violente, asystolie, accès épileptiforme et mort. Autopsie : cicatrices à la surface des circonvolutions et dans l'épaisseur de la substance blanche cérébrale ; amas de globules de graisse dans le corps strié. Tumeurs gommeuses multiples sous l'endocarde et dans l'épaisseur de la paroi ventriculaire gauche. Atrophie et dégénérescence des fibres musculaires. Dépressions et sillons cicatriciels à la surface du foie. Double sarrocèle syphilitique.

Obs. XL. — D..., peintre, âgé de vingt-neuf ans, bien constitué, est depuis plusieurs mois fatigué, et peu apte au travail ; sa peau est décolorée, terreuse ; mais ces symptômes attirent peu son attention, il croit surtout devoir les rattacher à sa profession. Depuis trois jours il s'est vu dans la nécessité de cesser son travail ; il éprouve des étourdissements, des vertiges, ressent des palpitations violentes, un malaise général et une dyspnée considérable, phénomènes qui l'amènent à l'hôpital. Quelques instants après son entrée, il est pris d'un accès épileptiforme, et perd entièrement connaissance ; il est en proie à une dyspnée excessive. Les extrémités sont cyanosées et légèrement œdémateuses, le pouls est très-petit et à peine perceptible. L'examen de la poitrine ne révèle l'existence d'aucun bruit anormal à la région du cœur ; mais cet organe paraît augmenté de volume, et il est manifeste qu'il doit être lésé. Quelques râles disséminés sont entendus dans la poitrine. Peu de temps après le malade succombe tout à coup.

Autopsie. — Deux cicatrices blanches, arrondies, de petite dimension, s'observent sur l'un des tibias; une autre cicatrice existe sur le prépuce ; œdème nul ou à peine marqué aux malléoles. Au premier abord, le cerveau paraît sain ; mais à l'aide d'un examen attentif, on y trouve des altérations manifestes. La corne postérieure gauche est ferme et plus résistante à la pression, et l'on remarque, après avoir enlevé la pie-mère qui la recouvre, qu'il existe, à la surface de deux circonvolutions, plusieurs petites dépressions étoilées assez peu profondes, mais rappelant néanmoins les sillons si fréquents de la surface du foie dans les cas de syphilis viscérale. Une section est faite à ce niveau, et plus profondément, dans la substance blanche à peu de distance de la substance grise, on trouve une traînée linéaire légèrement saillante, d'une teinte grisâtre qui tranche sur la coloration de la substance voisine ; cette traînée ou cloison membraneuse offre de 4 à 5 centimètres de longueur sur 1 centimètre de profondeur ; dans sa partie supérieure, elle paraît se terminer par une membrane mince, rosée, qui s'étale de façon à former une sorte de kyste. A l'examen microscopique, cette lésion est constituée par une matière grenue, un tissu fibroïde, des cellules embryoplastiques avec noyaux apparents, surtout après l'addition de l'acide acétique. (Pl. II, fig. 8 et fig. 8'.) Au voisinage de cette bande fibreuse la substance cérébrale est peu altérée.

Dans le corps strié, on aperçoit à la coupe des points d'une coloration jaune, qui, à l'examen microscopique, sont constitués à peu près uniquement de globules de graisse disposés en amas. Quelques-unes des parties du bulbe présentaient la même coloration; mais il m'a été impossible de m'assurer qu'elles fussent atteintes de la même altération.

La substance grise des circonvolutions se fait remarquer en quelques endroits par sa fermeté, la diversité de ses couleurs, et principalement par une coloration jaunâtre médiane. Parmi les capillaires de cette substance, les plus petits sont couverts de fines granulations pigmentaires; sur le trajet des plus gros se voient des grains d'hématine et des granulations graisseuses; quelques-uns des capillaires du corps strié sont dans un état de dégénérescence graisseuse avancée. Absence de tubercules dans les poumons; vers la base, congestion hypertrophique et quelques points de broncho-pneumonie.

Le cœur, augmenté de volume, recouvert d'une légère couche de graisse, offre à sa surface interne une injection manifeste. Incisées, les parois de cet organe restent béantes. Dans les deux tiers supérieurs du ventricule gauche, immédiatement au-dessous de la valvule mitrale, on aperçoit sur toute la circonférence de la cavité des saillies lenticulaires et jaunâtres, situées au-dessous de l'endocarde, à peine épaissi; entre ces saillies disséminées se rencontre un tissu fibreux et grisâtre. Les colonnes charnues de second et de troisième ordre sont indurées et atrophiées; l'un des deux muscles papillaires est tuméfié et de coloration jaune foncé. A côté des petites tumeurs qui font saillie sous l'endocarde, on trouve dans l'épaisseur de la paroi, au niveau de l'infundibulum aortique, des tumeurs jaunâtres ou grisâtres, les unes arrondies, les autres en forme de croissant. Ces tumeurs sont en général entourées d'un cercle rosé et d'une couche plus ou moins épaisse de tissu fibreux; du volume d'un pois ou d'une grosse lentille, elles sont difficilement décorticables. La cavité ventriculaire est dilatée. La paroi ventriculaire, épaissie dans les deux tiers supérieurs, est amincie dans le tiers inférieur; une incision faite à l'union de ces deux parties permet de constater du dedans au dehors: 1° L'intégrité de l'endocarde; 2° une première couche mince, jaunâtre ou rosée, assez friable; 3° une couche moyenne résistante, blanchâtre ou grisâtre; 4° une couche de coloration bronzée et composée en grande partie de fibres musculaires plus ou moins altérées; 5° la couche extérieure de graisse, et enfin le péricarde qui est sain. (Pl. II, fig. 1 et fig. 1'.)

Les nodules situés sous l'endocarde, comme ceux qui se rencontrent dans la paroi ventriculaire, sont composés de noyaux, de cellules et de fibres de tissu conjonctif. Chacun de ces éléments, fortement chargé de granulations, est devenu presque méconnaissable, et, sur quelques points, on ne rencontre guère qu'une matière amorphe très-granuleuse. Dans la partie grisâtre qui entoure les tumeurs, on ne trouve que du tissu fibreux et quelques vaisseaux comme dans toute la zone moyenne grise blanchâtre. Dans les parties jaunes, il se trouve de la graisse en plus ou moins grande abondance. Les fibres musculaires, comprimées par le néoplasme, sont manifestement atrophiées, sans striation apparente, et infiltrées de granulations graisseuses abondantes; elles sont sur quelques points comme réunies à l'aide d'une substance finement grenue, de cellules et de noyaux plus ou moins granuleux et de globules gras. Ce que nous constatons, c'est, en résumé, un néoplasme conjonctif, dans un état de développement ou de dégénération plus ou moins avancé, formant à gauche, tantôt de petites tumeurs, tantôt des cloisons fibreuses plus ou moins épaisses et résistantes.

Le foie se fait remarquer par des dépressions profondes qui occupent sa face antérieure, et qui, avant tout autre examen, mettent sur la voie de l'infection syphilitique. Le lobe droit, d'un volume ordinaire, d'une coloration café au lait tachetée de brun, d'une consistance un peu molle, offre, à quelques centimètres du ligament suspenseur, une dépression de forme circulaire assez profonde pour cacher l'extrémité du petit doigt. De cette dépression part un sillon sinueux et profond verticalement dirigé, qui va gagner le bord inférieur, tandis qu'en haut il s'arrête à quelques centimètres du bord supérieur. Un autre sillon prove-

nant de la même dépression va se perdre suivant une direction transversale. Le fond de la dépression et celui des sillons sont constitués par une couche peu épaisse de tissu fibreux résistant et jaunâtre. La surface de section de ce lobe présente une coloration peu différente de celle de la surface extérieure. On n'y rencontre aucune tumeur. Le lobe gauche est atrophié et méconnaissable ; il a au plus 3 centimètres de hauteur sur 2 centimètres d'épaisseur ; il est labouré de sillons profonds réunis par des tractus fibreux et des fausses membranes adhérentes aux parties voisines. Des sillons analogues se retrouvent à la face postérieure de ce même lobe. Les cellules sont petites et granuleuses au niveau des sillons cicatriciels, et le tissu conjonctif est plus abondant dans ces mêmes endroits ; partout ailleurs, les cellules hépatiques sont riches en granulations graisseuses.

Fig. 7. — *Foie syphilitique.* (Un cinquième du volume normal.) — A, moitié gauche du lobe droit. — *a*, lobe gauche. — *b*, vésicule biliaire. — *c*, sillon interlobaire. — *d*, dépressions cicatricielles occupant la moitié environ de la hauteur de l'organe. — *e*, autres cicatrices avec fausses membranes.

Une portion de la muqueuse de l'intestin grêle est rougeâtre et parsemée de points blanchâtres, qui rappellent la psorentérie. Les reins sont d'une coloration un peu jaune ; l'épithélium des tubuli est altéré ; la trame de la substance conjonctive semble épaissie, et quelques-uns des corpuscules de Malpighi sont atrophiés.

La rate est volumineuse ; sa longueur est de 18 centimètres ; son parenchyme est peu altéré, simplement hypertrophié ; sa déchirure est granuleuse. Les ganglions lymphatiques prévertébraux, ceux qui siégent sur le trajet des vaisseaux iliaques (voyez ici la figure 8 tirée de notre *Atlas d'Anatom. pathol.*) et quelques-uns de ceux qui sont compris dans le mésentère, sont remarquables par leur augmentation de volume, leur coloration violacée ou brunâtre, leur mollesse sans friabilité, enfin leur allongement extraordinaire.

Les testicules sont un peu diminués de volume : au lieu de fuir sous la main qui les presse, ils restent immobiles et adhérents à la tunique vaginale. Ils sont le siége d'une dureté anormale ; ils ont perdu leur élasticité habituelle, et sous les doigts on sent des plaques indurées, de petites tumeurs et une sorte d'empâtement qui paraît avoir pour siége la tunique albuginée. Le scrotum incisé, on constate : l'état d'intégrité parfaite des deux épididymes ; l'union intime et complète des deux feuillets de la tunique vaginale et l'épaississement de la tunique albuginée. De cette dernière membrane partent, dans le testicule droit, des cloisons blanchâtres très-apparentes qui pénètrent dans son épaisseur, et le divisent ainsi en plusieurs lobules ; entre ces cloisons la substance sécrétante est d'une coloration jaunâtre due à l'infiltration graisseuse des épithéliums des canaux spermatiques. Le testicule gauche offre des adhérences de la tunique vaginale à la tunique albuginée ; les cloisons fibreuses sont peu apparentes, mais on y trouve plusieurs tumeurs

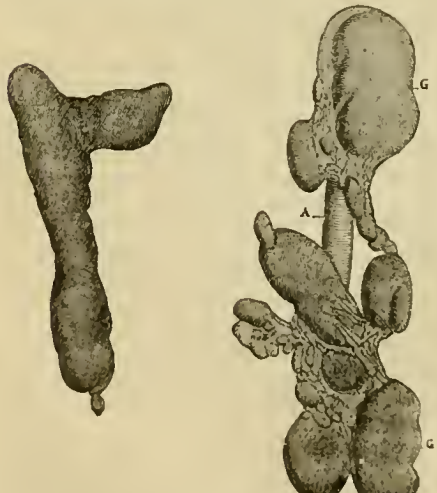


Fig. 8. — Adénite syphilitique profonde. ½ vol. A, artère iliaque externe. G G, ganglions lymphat.

pisiformes dures et jaunâtres. Un tissu entièrement fibreux et vasculaire, analogue au tissu érectile, se rencontre au voisinage du bord épididymaire. L'altération des tubes séminifères est très-avancée (atrophie et dégénération épithéliale). Un tissu fibreux ou fibroïde plus ou moins chargé de granulations compose à peu près exclusivement les nodules gommeux (Voy. pl. 1, fig. 9).

Palpitations, dyspnée excessive, cyanose des extrémités, asystolie et mort. Tumeurs gommeuses et transformation fibreuse des parois du ventricule droit. Gommes et cicatrices du foie ; cicatrices de la rate et des reins.

Obs. XLI. — Mme F..., âgée de quarante-quatre ans, est une femme bien constituée, mais amaigrie ; elle accuse de violentes palpitations, qui auraient débuté il y a six mois environ. A ces palpitations s'ajoutent de temps en temps des accès de suffocation, et tous ces accidents lui rendent le travail impossible. La peau est un peu jaunâtre, non œdématiée, l'abdomen est volumineux et légèrement douloureux ; toux quinteuse, dyspnée parfois extrêmement pénible, quelques râles dans la poitrine ; impulsion cardiaque énergique, appréciable à la vue, bruit de souffle assez léger au premier temps, battements sourds, matité étendue, pouls petit et fréquent. L'appétit se perd, la dyspnée s'accroît, les palpitations sont plus fortes, la gêne est plus grande : la malade, presque toujours appuyée sur sa table de nuit, demande de l'air à grands cris. Surviennent des vomissements muqueux et biliaires, le pouls devient presque insensible, les extrémités se refroidissent, elles sont violacées. La face est pâle ; le pouls cesse d'être perceptible aux radiales. Les battements du cœur sont tumultueux, sourds, irréguliers, à peine distincts. La tête, inclinée à droite, repose toujours sur la table de nuit ; les veines du cou, gorgées de sang, sont soulevées par les artères placées sur leur trajet. L'impulsion est manifeste à la région précordiale pendant la systole ventriculaire ; les vomissements continuent ; la dyspnée s'accroît, et la mort arrive, le 3 octobre au matin, dans une sorte de coma.

La digitale, l'acétate d'ammoniaque furent sans effet comme le chloroforme auquel on crut devoir recourir en dernier lieu.

Autopsie. — Les os du crâne sont le siége d'une hyperostose très-marquée ; ils présentent une épaisseur double de l'épaisseur normale. L'encéphale ne paraît pas altéré. Les poumons sont le siége d'œdème et de congestion passive, mais sans autre altération appréciable.

Le cœur est recouvert d'une légère couche de graisse partout d'égale épaisseur ; il est augmenté de volume. Le ventricule droit et l'artère pulmonaire sont distendus par un sang noir coagulé. Après une incision longitudinale suivant la direction de l'infundibulum, les parois ventriculaires, au lieu de s'affaisser, restent béantes ; elles sont fermes, indurées, surtout au niveau de la cloison, où leur épaisseur est considérable (3 centimètres, tandis qu'elles n'en ont que 2 dans le reste de leur étendue). Ces parois ont une apparence fibreuse. La pointe du ventricule est normale ; c'est un peu au-dessus que commence l'altération, qui de là s'étend sur tout l'infundibulum. La face interne de toute cette portion du cœur droit présente un grand nombre de petites saillies lenticulaires, de coloration blanche ou jaunâtre, assez semblables à des pustules de variole. Situées sous l'endocarde, ces petites tumeurs offrent des bords légèrement sinueux ; elles sont séparées par des espaces d'un brun grisâtre ; d'une fermeté assez considérable, elles résistent sous le couteau, comme une grande partie de la paroi du cœur droit. La coloration rouge du tissu musculaire a fait place à une teinte grisâtre ; les fibres contractiles, atrophiées ou détruites, sont remplacées par des fibres de tissu conjonctif, une matière amorphe plus ou moins granuleuse, des cellules et des noyaux ronds en petite quantité. La cavité ventriculaire est augmentée de capacité : l'orifice auriculo-ventriculaire et la valvule tricuspide ne sont pas altérés.

L'oreillette est dilatée, mais ses parois sont intactes. L'orifice de l'artère pulmonaire est sain ainsi que le vaisseau tout entier. Légère dilatation de la cavité ven-

triculaire gauche et épaississement de la paroi cardiaque de ce côté ; coloration jaunâtre de cette paroi, qui est intacte dans la plus grande partie de son étendue. Les orifices et les valvules sont sains. A part quelques caillots fibrineux, mous et récemment formés, qui se rencontrent dans le cœur droit, le sang contenu dans les cavités cardiaques est noir et fluide. Concrétions sanguines légèrement adhérentes à la partie supérieure des veines fémorales ; concrétions analogues, mais libres et flottantes, dans l'artère pulmonaire.

Le foie est augmenté de volume, d'une coloration brunâtre, d'une consistance plus ferme qu'à l'état normal ; sa face antérieure ou convexe a perdu son aspect lisse, elle est labourée de sillons foncés sur leurs bords et semblables à des cicatrices. Ces sillons, au fond desquels existent de petites tumeurs grisâtres ou blanchâtres, sont situés tout près des bords supérieur et inférieur, ils abondent surtout au voisinage du ligament suspenseur, et là ils sont plus profonds. En sectionnant le foie, on reconnaît à la partie supérieure du lobe droit, à 2 ou 3 centimètres de la surface, la présence d'une petite tumeur blanchâtre dure et résistante à la pression ; un tissu grisâtre légèrement rosé et fibreux occupe la circonférence de cette tumeur. La substance hépatique du voisinage est comme rétractée et d'une coloration brunâtre plus foncée. Des fibres de tissu conjonctif, une matière amorphe et granuleuse, des noyaux et des cellules embryoplastiques, tels sont les éléments constitutifs de la tumeur.

La rate, volumineuse, présente de 18 à 20 centimètres dans son diamètre vertical, elle offre à sa surface des dépressions analogues à celles du foie et d'où partent des traînées fibreuses qui pénètrent dans l'épaisseur du parenchyme. La surface des reins est parsemée de sillons et de dépressions sous forme de cicatrices, la substance rénale paraît intacte. L'utérus est sain, les ovaires sont petits, ridés, atrophiés. Ces organes ont contracté des adhérences avec les parties voisines.

§ 2. — Artérite syphilitique.

Bibliographie. — J. M. Lancisi, *De aneurismatibus opus posthumum*, p. 52 ; dans Scriptorum latinorum de aneurismatibus collectio. — Petsch, *Dissertatio de exostosi cran.*, § 8, Ubinam aortæ aneurisma. Cité par Morgagni, Lett. LVIII, p. 427. — Morgagni, *De sedibus et causis morbor.*, Lettre LVIII. — Dittrich, dans Prager Viertelj., 1849, t. I, p. 21-41. — Gildemeester et Hoyack, Nederl. Weekbl., 1854, janvier, n° 23. — Steenberg, *Den syphilit. Hjernelidelse.* Kjöb. 1860, et Canstatt's Jahrb., Bd. IV, 1861, p. 328. — Wilks, *On the syphilitic affections of the internal organs*, Guy's hospital Reports, 1863. — C.-O. Weber, *Sitz-Ber. d. Niederrhein. Ges. f. Natur-und Heilkunde*, XX. N. F. X, p. 171, 1864. — H. Muller, *Ueber die Syphilis der Circulations organe*, inaug. Diss. Berlin, 1868. — Moxon, The Lancet, II, 13 sept. 1869, et *Journ. of medical Science*, july 1871. — Russell, *British medical Journal*, july 23, 1870. — Heubner, *Archiv der Heilkunde*, p. 272, 1870.

Les auteurs des derniers siècles ne nous ont laissé sur les affections syphilitiques du système artérioso-veineux que des données fort incomplètes, et jusqu'ici les faits certains de modifications artérielles pouvant être rattachées à la syphilis sont peu nombreux. Lancisi (1) rapporte deux cas d'anévrysme, l'un de l'artère sous-clavière gauche, l'autre de la sous-clavière droite, tous les deux produits par la cachexie vénérienne consécutivement à l'altération des parties voisines des vaisseaux malades.

Un marchand de poisson, de mœurs dissolues, fidèle au culte de Bacchus, de Diane, de Neptune et de Vénus, n'oppose aux blessures qu'il reçoit de cette

(1) Marc-Aurèle Séverin a vu des faits semblables. *De Abcessium recondita natura*, p. 206. Lugduni Batavorum. 1724.

dernière que la vigueur insuffisante de sa robuste constitution. A la suite de nombreux chagrins, il est pris de douleurs de la clavicule gauche, bientôt suivies de la tuméfaction de cet os; enfin, des pulsations artérielles s'établissent au-dessous de la tumeur et sont accompagnées de souffrance dans l'épaule et dans le cou. Les purgations et les saignées, loin d'améliorer cet état, l'exaspèrent. Non-seulement l'artère est comprimée par le gonflement des parties qui l'entourent, mais ces parties elles-mêmes sont corrodées par la suppuration. Un traitement par les mercuriaux et les sudorifiques triomphe d'une manière inespérée. L'artère dilatée n'y perd que sa primitive élasticité. Au bout de cinq années, il n'était pas survenu de récidive. La seconde observation est peu différente et non moins surprenante.

« On reconnaît, dit Lancisi, qu'un anévrysme est de nature syphilitique, non-seulement parce qu'un coït impur a précédé son développement, ou parce que des accidents syphilitiques évidents se sont montrés sur une autre partie du corps, mais encore et surtout d'après les phénomènes qui se sont passés dans le point où siège la dilatation artérielle. En effet, les pulsations de l'artère ne se montrent pas d'emblée. Des douleurs, le plus souvent nocturnes, se déclarent dans quelque ligament ou dans quelque os, bientôt suivies d'une tumeur qui a commencé par comprimer l'artère, et qui ensuite, par la suppuration virulente à laquelle elle a donné lieu, a attaqué les tuniques du vaisseau artériel et, occasionnant leur amincissement et leur dilatation, y a fait naître des pulsations anévrysmatiques. »

Plancus, cité par Morgagni (1), remarque que des ulcérations et des excroissances comme pustuleuses des artères surviennent souvent chez les sujets qui ont été affectés de maladie vénérienne :

« Arteriam magnam veluti ulcerosam et corrosam, variisque pustulis scatentem sæpe observavi in cadaveribus eorum præsertim qui syphilide laborarunt, et ad aneurysma aortæ, vel ad pectoris hydropem sunt dispositi. »

Les successeurs de Morgagni, ceux-là même qui se sont le plus occupés de l'étude des maladies vénériennes, ont entièrement négligé de parler des lésions syphilitiques des vaisseaux, et si quelques auteurs ont pu regarder la syphilis comme une cause efficiente ou déterminante des altérations du système circulatoire, ils n'ont apporté aucun fait certain à l'appui de leur opinion. Cependant, quand nous voyons, dans plusieurs observations de syphilis viscérale, les artères cérébrales et carotides altérées ou oblitérées par le fait d'un travail tout local, il nous est difficile de ne pas reconnaître l'action de la syphilis sur ces vaisseaux.

Dittrich, Gildemeester et Hoyack, Virchow (2), Meyer (3), ont rapporté des cas d'oblitération des carotides cérébrales chez des individus atteints de syphilis viscérale. Un homme de trente-quatre ans avait des vertiges, de la

(1) *Epistola de monstris citata in Morgagni Epist. anat. medica.*, XXVII, art. 30. — Morgagni lui-même n'hésite pas à rattacher à la syphilis certaines altérations de l'aorte et en particulier quelques tumeurs anévrysmales de ce vaisseau. Mais lorsqu'on vient à examiner les faits invoqués par cet auteur, on trouve qu'ils ne sont pas suffisamment concluants pour faire admettre cette relation étiologique.

(2) *Syphilis constitutionnelle*, tr. fr., 1859.

(3) Voy. Schmidt's Jahrbücher, t. CXIV, p. 312, 1862.

céphalalgie et des accès épileptiformes ; les mouvements étaient faibles à gauche, la vue moins distincte, la parole difficile ; il survint du coma et la mort. La dure-mère épaissie adhérait, à l'aide d'un tissu fibroïde, à la substance cérébrale, qui était ramollie au point de l'adhérence et contenait plusieurs tumeurs d'un blanc opaque et du volume d'une noisette. A la partie antérieure du corps strié existait un kyste ayant le même volume. Le reste du cerveau était sain, mais l'artère carotide droite et ses branches étaient oblitérées par des cordons fibreux adhérents à la paroi vasculaire. Le foie, parsemé de cicatrices, contenait plusieurs petites tumeurs noueuses (*knotty tumours*) (1). Semblable altération se retrouve dans notre observation XLIX et dans le fait suivant que nous avons eu occasion d'observer en 1863, avec notre ami le docteur Hemey.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, depuis cinq mois en traitement d'une éruption syphilitique qu'il ne pouvait guérir, succomba rapidement après avoir présenté des phénomènes d'encéphalite. A l'autopsie nous constatâmes, en même temps que des tumeurs de petit volume, l'existence d'une encéphalite partielle et une oblitération presque complète des deux artères carotides internes à leur terminaison. Les parois artérielles lésées étaient le siége d'un néoplasme qui les rendait plus épaisses et rétrécissait notablement leur calibre. Il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'une lésion athéromateuse, mais d'un produit circonscrit et constitué par des cellules et des noyaux arrondis.

Steenberg et Wilks ont rapporté des faits analogues. Le dernier a vu chez une femme syphilitique âgée de trente-huit ans un dépôt de nouvelle formation situé dans l'épaisseur des parois des artères carotides et vertébrales. On doit au docteur Weber une observation qui trouve sa place à côté des précédentes, car elle n'en diffère que par le siége de l'altération, qui est l'artère pulmonaire. Il s'agit d'une tumeur (gomme) du volume d'un haricot, qui, développée dans l'épaisseur de la tunique moyenne, faisait saillie à l'intérieur du vaisseau ; il existait en même temps des noyaux gommeux sur le crâne et dans le foie. Chez une jeune fille syphilitique atteinte de néphrite interstitielle, Virchow a trouvé l'aorte garnie de plaques sclérotiques et athéromateuses. Plus récemment, Moxon et Heubner ont observé des désordres du même genre dans les artères carotides et cérébrales.

Tous ces faits conduisent à admettre l'existence d'une artérite syphilitique, altération qui a pour siége plus spécial les artères carotides et cérébrales, mais qui peut affecter aussi l'aorte et l'artère pulmonaire. Une ou plusieurs artères, quelquefois deux artères symétriques, ont leurs parois épaissies dans un point limité, car ces lésions, comme toutes celles qui font partie de la période tertiaire de la syphilis, ont pour caractère principal d'être peu étendues ou circonscrites. Cet épaississement, qui paraît débuter en général par la tunique externe, mais qui peut envahir les tuniques moyenne et interne, a pour effet habituel de rétrecir le calibre du vaisseau et d'en produire l'obstruction par la formation d'un caillot fibrineux. A cette obstruction, lorsque le vaisseau malade est un peu important, succèdent l'altération d'une portion plus ou moins étendue de l'organe correspondant et des désordres variés.

(1) Bristowe, *Transactions of pathol. Society of London*, t. X, p. 21.

Un autre mode de terminaison de la syphilis artérielle, est la formation d'un anévrysme, et sous ce rapport on peut se demander si les tumeurs vasculaires dont parle Lancisi ne reconnaissaient pas cette origine. Wilks a vu un cas d'anévrysme de l'aorte auquel il n'hésite pas à donner une origine syphilitique, et Richet semble tout disposé à admettre cette même origine à propos d'un fait que nous avons communiqué à la Société de chirurgie en septembre 1863. Un anévrysme de la sous-clavière, dont j'ai pu suivre le traitement, fut amélioré sous l'influence de l'iodure de potassium, et un anévrysme du tronc basilaire, présenté à la Société anatomique par Blachez reconnaît, selon toute vraisemblance, une origine syphilitique. Un officier d'artillerie, âgé de quarante-deux ans, atteint de syphilis tertiaire, est emporté par une hémorrhagie méningée consécutive à la rupture de l'artère basilaire. Ce vaisseau est renflé à sa partie moyenne et terminale, de manière à présenter le volume d'une grosse plume d'oie. Ses parois sont épaissies et comme infiltrées d'une matière granuleuse, blanchâtre et d'aspect fibreux. Vers sa partie latérale droite il existe une petite ouverture à bords irréguliers de 2 ou 3 millimètres de diamètre. Une large cicatrice se rencontre à la surface du foie (1). Je rappellerai encore un cas d'anévrysme du même vaisseau rapporté par Russell, et je pense qu'en présence de tous ces faits l'existence de la syphilis artérielle ne restera pas douteuse.

Les symptômes qui se rattachent à ces diverses manifestations sont peu caractéristiques. Cependant le siége assez spécial de ces lésions donne lieu à des phénomènes particuliers, en rapport avec les fonctions de l'organe ou de la portion d'organe correspondant au vaisseau lésé. C'est ainsi qu'on observe le plus souvent, lorsqu'il y a oblitération d'une artère cérébrale, des troubles encéphaliques et surtout des hémiplégies du genre de celles que produit le ramollissement cérébral. Pour arriver à reconnaître ces hémiplégies, il importe d'être renseigné sur les antécédents spécifiques du malade; mais, il faut de plus l'absence des signes révélateurs d'une affection qui aurait pu être la source d'une embolie. Les symptômes qui se rattachent aux lésions anévrysmales varient nécessairement avec le siége du vaisseau lésé, sa capacité, sa fragilité, etc. Quant aux lésions aortiques, elles produisent aussi des symptômes fort différents. L'altération de l'artère pulmonaire (obs. Weber) s'est traduite par de la dyspnée et une apoplexie pulmonaire.

Le pronostic en pareil cas est évidemment subordonné au siége de l'altération et à l'importance fonctionnelle de l'organe secondairement affecté.

Aucun fait ne donne jusqu'ici la démonstration certaine d'une lésion quelconque des veines qui soit tributaire de la syphilis acquise; et si, dans une période avancée de la vérole, ces vaisseaux deviennent le siége de concrétions fibrineuses (thrombose), il faut y voir bien plutôt un effet des désordres cachectiques engendrés par la syphilis que la syphilis elle-même.

Il est permis de croire, cependant, que les veines n'échappent pas complétement à l'action modificatrice du virus syphilitique; mais ces modifications sont encore à chercher pour la syphilis acquise.

(1) *Bulletins de la Société anatomique*, 1863, p. 33. — *Ibid.*, Lancereaux, *Note relative à la valeur des cicatrices du foie dans le diagnostic anatomique de la syphilis viscérale.*

Quant aux capillaires, tout ce que l'on en peut dire, c'est qu'ils ne manifestent aucune altération spéciale qui paraisse devoir se rattacher à la syphilis. Rappelons que c'est leur tunique externe ou adventice qui est le point de départ habituel des productions gommeuses; ajoutons aussi que la dégénérescence graisseuse de ces vaisseaux est un phénomène très-fréquent dans la dernière période de la syphilis (cachexie syphilitique).

ARTICLE VII. — APPAREIL DE LA RESPIRATION.

La différence de texture et de fonctions des organes qui entrent dans la composition de cet appareil nous engage à étudier séparément les affections du larynx, de la trachée, des bronches et du parenchyme pulmonaire.

§. 1. — Laryngite syphilitique.

Bibliographie. — Morgagni, *Epist.* 42, n°s 39 et 48; *Epist.* 44, n° 15, trad. de Destouet. — Altenhofer, *Russische Sammlung für Naturwissenschaft und Heilkunde*, Bd. 1, Hft. 1. — Thomann, *Ann. institut. med. clin.*, Wirceburg, vol. 1. — C. Hawkins, The London med. and physic. Journ., 1823, et Arch. gén. de méd., sér. 1, t. IV, p. 439 et 596. — Trousseau et Belloc, *Traité pratique de la phthisie laryngée œdémateuse*. Paris, 1837. — Barth, dans Bulletin de la Société anatomique, t. XV, 1849, p. 170, 182. — Sestier, *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*, 1852, 88. — Nélaton, dans Gazette des hôpitaux, 1855, n° 50. — Michaelis, Wochenblatt der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 1855, n° 37. — Rul-Ogez, dans Gazette des hôpitaux, 1856, n° 112. — Jones, British medical Journal, 1859. — Gunther, Prager Vierteljahrschrift, 1857. — Pitha. *Ibid.*, 1859. — Virchow, Archiv für pathol. und physiol. Anat., XV. — Labbé. *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1857, p. 210. — Huguier, *Société de chirurgie* et Gazette des hôpitaux, juin et juillet 1856. — Hansen, Hospit. Tidende, 1859, n° 1, et Schmidt's Jahrb., Bd. 105, p. 311. — Van Buren, *Maladies syphilitiques du larynx*, New-York Medical Times, 7 juillet 1860. — Czermack, *Der Kehlkopfspiegel*, etc. (*Le laryngoscope et ses applications à la physiologie et à la médecine*), Leipzig, 1860, et Archives générales de médecine, t. 1, p. 207, 1860. — Melch. Robert, *Nouveau traité des maladies vénériennes*, Paris, 1861, p. 554 et suiv. — Ruhle, *Die Kehlkopfkrankheiten*, Berlin, 1861, et Archives de médecine, 255, t. 1, 1861. — Gibb, The Lancet, janv. 5, 1861. Une observation dans laquelle un cartilage nécrosé a été rendu par expectoration. — Gilewski, Wien. med. Wochenschrift, n° 18, 1861. — Gerhardt et Roth, Archiv für pathol. Anat., 2e série, t. 1, 1re livraison. — Tuck. *Observat. sur les ulcères syphilit. des parois de la cavité pharyngo-nasale*. Allgem. Wiener med. Zeitung, 1861, n° 48. — Turck, *Recherches cliniques sur diverses maladies du larynx, de la trachée et du pharynx*, Paris, 1862, p. 18. — Le même, *Die syphilit. Erkrankung des Kehlkopfs*. Allgem. Wien. med. Zeitung, VIII, 43, 1864. — Briddon, *Affections syphilitiques du larynx*. Americ. med. Times, décemb, 1862, p. 327. — Otto Jenistius, *De laryngitide syphilit. Dissertat. inaug.*, Greifswald. 1862. — E. Hamilton, *Laryngite syphilitique*. Dublin Journal, XXIII. — G. Lewin, *Ueber Krankh. einzelner Theile des Kehlkopfs*, etc. Virchow's Archiv, XXIII, p. 587, 1862. — Davies, Med. Times and Gaz., 241, mai 1862. — Dance, *Éruptions du larynx survenant dans la période secondaire de la syphilis*. Paris, 1864. — V. Mary, *Rétrécissement des voies aériennes*. Thèse de Paris, 1865. — W. Gross, *Amer. Journ.* N. S. CXVII, p. 133, 1867. — C. Gerhardt, *Ueber syphil. Erkrank. der Luftröhre*. Deutsche Archiv für klin. Med. II, p. 539, 1867, et III, p. 292. — Kohn, *Chron. syphit. infiltr. der Schleimhaut d. Anfange d. Luft-und-Verdauungsorgane*. Wien. med. Presse, VII, 24, 27, 30, 34. — Schnitzler, *Ibid.*, VIII, 5, 1867. — Nagel,

Ibid., VIII, 6, 1867. — J. Scholz, Wien. med. Wochenschr., XV, 37, 1865. — Störck, *Ibid.*, XVII, 48, 1867. — Dufour, *Un. méd.*, 798, 1868. — U. Trélat, *Sur la trachéotomie dans les lésions syphilitiques des voies respiratoires*. Bull. de l'Acad. de méd., 8 décemb. 1868. — Th. Bryant, Transact. of the clin. Soc. of London, I, 127, 1868. — A. Despres, *Gaz. des hôpitaux*, p. 262, 1869. — H. L. Williams, *St. Bartholom. Hosp. Rep.*, V, p. 124, 1869. — Ernst Œdmanson, *Nord. med. Ark.* I, p. 58, 1869. — Eibensteiner, *Ueber syph. Erkrank. d. Kehlkopfes und d. Luftröhre*, Sitz.-Ber. d. Vereins d. Aerzte in Steiermark, VI Jahrg., p. 49, 1869. — E. Alling, *Un. méd.*, n° 97, p. 248, 1869. — T. G. Wollaston, Liverpool med. and surg. Rep. III, p. 20, 1869. — G. H. Sommer, *Ueber die Tracheotomie bei syphilit. Larynxstenose*, inaug. Diss. Leipzig, 1870. — W. Berger, Schmidt's Jahresb., t. CXXXXVII, p. 37, 1870. — J. Sommerbrodt, *Die ulcerose proc. d. Kehlkopfschleimh. in Folge von Syphilis*, inaug. Diss., Breslau, 1870. — Erichsen, Med. Times and Gaz., April 8, p. 394, 1871. — W. Stokes, Brit. med. Journ., April 1, 1871. — P. Ferras, *De la laryngite syphilitique*. Thèse de Paris, 1872.

Les lésions syphilitiques du larynx survenant dans le cours de la période d'éruption générale ont la membrane muqueuse pour siége exclusif, et, comme nous le savons, elles s'étendent en surface plutôt qu'en profondeur. C'est le contraire qui arrive dans les affections de la période tertiaire ; les modifications anatomiques que l'on y observe sont profondes et circonscrites. Aussi, tandis que les désordres fonctionnels étaient tout à l'heure légers et transitoires, on est frappé du degré de gravité que ces mêmes désordres acquièrent dans cette dernière phase de la syphilis, et de leur persistance parfois indéfinie.

Étude anatomique. — Les laryngopathies syphilitiques ne diffèrent pas, quant à leur nature, des manifestations déjà connues ; mais elles varient avec le tissu au sein duquel elles se développent. Muqueuse et tissu conjonctif sous-muqueux, cartilages et fibro-cartilages, muscles, vaisseaux et nerfs, telles sont les diverses parties constituantes du larynx qui, chacune en particulier, peuvent être le siége du processus syphilitique.

Nous chercherons plus loin quelle peut être l'influence de la syphilis sur les nerfs du larynx. Nous savons que Bouisson (1) a signalé la présence de dépôts gommeux dans les muscles de cet organe. Maintenant étudions les altérations les plus communes de la syphilis laryngée tertiaire, celles du tissu sous-muqueux et des fibro-cartilages.

A une époque déjà avancée de l'évolution syphilitique, qui est la période de transition de quelques auteurs, mais qui nous paraît rentrer plutôt dans la période des productions gommeuses, la muqueuse du larynx devient quelquefois le siége d'une éruption jusqu'à un certain point comparable à la syphilide tuberculeuse. Cette éruption, plusieurs fois observée par Cusco qui lui a donné le nom de papulo-tuberculeuse, était caractérisée dans deux cas par la présence, à la surface des cordes vocales inférieures, de tubercules saillants, grisâtres, du volume d'un grain de chènevis ou de millet, par un gonflement simultané des cordes vocales supérieures, et une injection ancienne de la portion sus-glottique de la membrane muqueuse. C'est dans cette même période que Türck a constaté l'existence d'ulcérations plus ou moins nombreuses, ayant

(1) *Gaz. médic.*, 1846, p. 595.

leur siége de prédilection et leurs caractères les plus accusés sur l'épiglotte. Pour peu qu'elles se prolongent, ces ulcérations manifestent de la tendance à creuser en profondeur, et elles finissent par perforer l'épiglotte de part en part. Tout autour de l'ulcération ou même sur tout le reste de l'épiglotte, la muqueuse est injectée et présente habituellement une tuméfaction considérable qui peut survivre à la cicatrisation. Les replis aryténo-épiglottiques, le revêtement muqueux des cartilages aryténoïdes, les cordes vocales inférieures, sont autant de parties où s'observent ces mêmes lésions. Lorsqu'ils occupent les cordes vocales inférieures, les ulcères peuvent s'étendre suivant la direction antéro-postérieure et atteindre simultanément ces deux replis. De dimensions variables, ils sont entourés d'une auréole inflammatoire et accompagnés souvent d'excroissances irrégulières ou d'érosions de la muqueuse de la paroi postérieure du larynx. S'ils sont profonds, ils laissent à leur suite une déformation des cordes vocales, le rétrécissement du larynx, des adhérences; mais il y a lieu de croire qu'ils succèdent alors à de petits dépôts gommeux. Les lésions les plus avancées qui s'observent dans le tissu sous-muqueux ou dans l'épaisseur des tissus fibreux du larynx, se montrent, tantôt sous la forme de traînées jaunâtres, plus ou moins étendues et saillantes, tantôt sous la forme de dépôts circonscrits. Dans le premier cas, l'épiglotte ou la partie supérieure de la glotte est tout particulièrement affectée; mais quelquefois la trachée et les bronches participent à l'altération, comme dans un fait rapporté par Wagner. Au début on voit de petites élevures arrondies (Gerhardt et Roth) ou une saillie jaunâtre de consistance un peu molle et qui souvent a été décrite comme un simple épaississement de la membrane muqueuse ou des parties sous-jacentes (1). Dans le second cas, la modification anatomique peut apparaître sous forme de végétations (Hansen); le plus souvent elle est représentée par des tumeurs arrondies (2), petites, fermes, du volume d'un pois ou d'une lentille, suivant les mêmes phases que les tumeurs gommeuses des autres organes, c'est-à-dire qu'après s'être ramollies elles se terminent par des ulcérations profondes, plus ou moins irrégulières, à fond induré et grisâtre, à bords déchiquetés, différentes, par conséquent, des ulcérations superficielles qui appartiennent à la période secondaire. Les cicatrices qui leur succèdent sont dures, blanchâtres, épaisses, et fréquemment, par le retrait qu'elles subissent, elles produisent des rétrécissements et des déformations plus ou moins considérables du conduit laryngien. S'il y a ulcération du corps de l'épiglotte, ou de la région des cartilages aryténoïdes, il en résulte une incontinence de la glotte qui favorise la pénétration des aliments et des boissons dans le tube aérien et amène le danger de la suffocation ou tout au moins de la pneumonie. Quand l'ulcère est plus profond, il peut en résulter la destruction des cordes vocales. Quelquefois il se développe autour de l'ulcère des états inflammatoires aigus qui déterminent l'œdème de la glotte, si bien étudié par Sestier. Dans un tableau que nous a laissé cet auteur,

(1) Voy. les observations de Barth, *Sur la laryngite syphilitique* (*Société anatomique*, t. X et XVI).

(2) Wilks, *The syphilitic affections of the internal organs*, donne une figure qui représente une tumeur de cette nature située à la partie supérieure du larynx. — Comparez Lewin, *Beiträge zur Laryngoscopie*, Deutsche Klinik, 1862.

la laryngite chronique syphilitique figure 14 fois, sur 157 cas, comme point de départ de l'œdème glottique. Plus rarement il se produit au voisinage des ulcères syphilitiques, des hyperplasies papillaires indépendantes de la syphilis.

L'altération syphilitique, à la suite d'une irritation prolongée, du larynx ne borne pas son action aux tissus fibreux; dans certains cas, elle envahit les cartilages. Ceux-ci sont-ils influencés primitivement ou secondairement par suite d'une modification de la muqueuse? La question est difficile à résoudre. Il y a lieu de croire cependant à l'existence d'une périchondrite syphilitique primitive. Quoi qu'il en soit, les ulcérations dans ces conditions sont étendues, irrégulières; leurs bords sont mous, grisâtres, décollés et, dans sa profondeur, le cartilage est plus ou moins dénudé et altéré, souvent nécrosé; parfois luxé et encroûté de sels calcaires, il a pu tomber dans la cavité du larynx et produire une suffocation rapide.

Ces diverses déterminations morbides ne sont pas toujours faciles à spécifier, et, s'il est permis de distinguer, à l'aide du microscope, les ulcères syphilitiques des ulcérations épithéliales qui le plus souvent sont uniques et dont les bords sont toujours saillants et indurés, il n'est quelquefois pas possible de les différencier des ulcérations scrofuleuses et tuberculeuses. Toutefois les ulcérations syphilitiques, selon le docteur Barth (1), se développent de haut en bas, occupent de préférence la face antérieure, se cicatrisent pour se reproduire sur différents points de l'organe, tandis que les ulcères tuberculeux marchent de la partie inférieure, ou même de la trachée, vers l'ouverture pharyngienne, ne se cicatrisent guère et envahissent principalement la face postérieure de l'épiglotte. Cette remarque, très-juste en ce qui concerne les ulcérations concomitantes de la pneumonie dite caséeuse, ne l'est plus autant quand il s'agit des tubercules proprement dits. Ceux-ci ont, en effet, comme l'altération syphilitique, une sorte de prédilection pour les parties supérieures de la glotte, et notamment l'épiglotte. Facilement reconnaissables avant leur destruction, ils se distinguent plus tard par l'exiguïté des ulcères et l'étendue du processus morbide. Les granulations tuberculeuses sont toujours nombreuses et très-petites, et les ulcères ne sont étendus que par suite de la réunion de plusieurs d'entre eux.

Étude symptomatique. — Les symptômes propres à la syphilis laryngée sont objectifs ou fonctionnels.

Les symptômes objectifs ou physiques, que révèle l'examen par le laryngoscope, ont les mêmes caractères que les lésions ci-dessus décrites. Ainsi, on constate l'existence d'ulcérations plus ou moins profondes, souvent multiples, avec ou sans nécrose des cartilages correspondants; mais il n'est pas toujours facile de se rendre un compte exact de l'état des différents points du larynx. Türck rencontra dans un cas une impossibilité absolue de voir les parties situées au-dessous de la glotte, à cause d'une inflammation secondaire des cordes vocales supérieures et inférieures. A part les caractères propres à cette inflammation, on constatait, sur la moitié extérieure des deux cordes vocales inférieures, un liséré longitudinal fortement dentelé, que l'on ne pouvait considérer que comme le bord supérieur d'une ulcération située

(1) Barth, *Soc. anat.*, t. X et XVI.

sur la paroi postérieure du larynx, et cette présomption fut confirmée par l'autopsie.

Les symptômes fonctionnels consistent en des troubles de la phonation et de la respiration. L'altération de la voix est généralement manifeste et persistante. Qu'il y ait gonflement ou destruction des cordes vocales, obstruction de la glotte par de petites tumeurs, ce phénomène existe toujours, mais à des degrés divers de timbre et d'intensité. Un caractère de cette altération qui peut varier depuis la simple raucité jusqu'à la perte totale de la voix, c'est l'intermittence. Les malades éprouvent une sensation de gêne ou de picotement, parfois une douleur véritable à la région du larynx. Dans des cas où l'on avait pu songer à l'existence d'une périchondrite, ce dernier phénomène s'est manifesté avec une intensité plus grande la nuit que le jour.

Les troubles respiratoires, plus ou moins pénibles, sont subordonnés aux désordres anatomiques. Les malades éprouvent une sensation de dyspnée, une toux courte, accompagnée ou non d'expectoration. Les crachats sont muqueux ou purulents, parsemés de stries sanguines, et si le périchondre est lésé, ils peuvent contenir des débris de membrane muqueuse ou des fragments de cartilage, ainsi qu'il est arrivé dans un cas rapporté par le docteur Gibb. Ajoutons que parfois, si on n'y prend garde, les bruits laryngiens retentissent jusque dans la poitrine et peuvent faire croire à l'existence d'une excavation dans un poumon sain. Quand la laryngite syphilitique vient à se compliquer d'un œdème de la glotte, l'oppression est plus vive, la respiration est sifflante, l'inspiration est pénible, plus difficile que l'expiration, puis surviennent des accès de suffocation qui peuvent emporter les malades. Dans certains cas, on voit apparaître tous les signes d'une asphyxie rapidement mortelle, comme, par exemple, lorsqu'un fragment de cartilage vient à s'introduire dans les voies aériennes.

Avec ces différents phénomènes, on observe parfois une difficulté plus ou moins grande de la déglutition tenant soit au rétrécissement de la partie inférieure du pharynx par le larynx augmenté de volume, ou bien à l'irritation spasmodique des muscles de cet organe, ou encore à l'altération de l'épiglotte. Il faut savoir que, d'après les expériences de Magendie, la destruction de cet opercule ne gêne pas toujours d'une façon notable le passage des aliments dans l'estomac. Le fait suivant en est un exemple.

Cachexie très-avancée, ulcérations syphilitiques, destruction de l'épiglotte, sans gêne notable de la déglutition.

Obs. XLII. — M... (Joséphine), âgée de trente-cinq ans, journalière, entre à l'hôpital Beaujon, le 6 octobre 1856, dans un état de faiblesse et de marasme qui lui permet à peine de parler. Cette malade, légèrement bouffie, offre une décoloration complète des téguments. Elle est atteinte de diarrhée depuis plusieurs jours ; on constate sur la lèvre inférieure une ulcération profonde, taillée à pic, et vers la pointe de la langue il existe une autre ulcération plus large et moins profonde, à fond grisâtre et sanieux. Toux rarement suivie d'expectoration, gêne très-grande de la respiration, sonorité à la percussion du thorax, faiblesse du murmure vésiculaire, quelques râles à la base du poumon ; pas d'accès de suffocation, altération prononcée de la voix.

Malgré des efforts considérables, la malade se fait à peine entendre; la déglutition s'accomplit facilement, parfois cependant surviennent des accès de toux qui paraissent tenir au passage de substances étrangères dans le larynx. Proto-iodure de mercure 0gr.02, puis 0gr,05, opium 0gr,02. Cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Sous l'influence de ce traitement, on constate une grande amélioration dans l'état des ulcérations de la lèvre et de la langue, et une tendance à la cicatrisation. Toutefois, la faiblesse résultant de l'état de cachexie avancée et aussi la gêne de la respiration rendant toujours fort grave l'état de cette malade, la mort eut lieu le 14 octobre.

Autopsie. — Les ulcérations de la bouche sont en voie de cicatrisation. L'épiglotte a totalement disparu, et c'est à peine si on rencontre à la place qu'elle occupait quelques détritus gangréneux, grisâtres ou blanchâtres; l'un de ces détritus est recourbé et appliqué sur la face antérieure du pharynx. Les replis aryténo-épiglottiques, en partie détruits, ne sont pas œdématiés; les cordes vocales supérieures sont aussi en partie détruites, les cordes vocales inférieures sont intactes; les autres organes n'ont malheureusement pas été examinés.

La marche des affections syphilitiques du larynx est lente, continue, progressive, mais elle peut prendre rapidement une grande acuïté par suite de complications, l'œdème de la glotte particulièrement. La plupart de ces affections ont trois périodes : une période de formation, une période d'ulcération et une période de réparation, ayant chacune leurs phénomènes spéciaux. Leur durée varie avec l'étendue et la profondeur de la lésion organique; mais il est certains désordres qui parfois persistent indéfiniment.

La terminaison peut être heureuse lorsque la muqueuse seule est atteinte ou que la résorption des dépôts syphilitiques se trouve favorisée à temps par un traitement spécifique. Trop souvent la guérison n'a lieu qu'au prix d'une aphonie complète, conséquence de la destruction des cartilages, des cordes vocales inférieures, ou d'un rétrécissement plus ou moins considérable du larynx. A l'inconvénient de laisser à sa suite une cicatrice et un rétrécissement manifeste, la périchondrite ajoute encore le danger d'un œdème de la glotte, complication grave et souvent suivie de mort. Mais ce qu'il faut le plus redouter en pareil cas, c'est la nécrose des cartilages, affection sérieuse, pouvant produire une mort instantanée lorsque le séquestre vient à s'engager dans les voies aériennes (obs. Labbé). La mort n'est pas seulement la conséquence d'une asphyxie rapide, elle succède quelquefois aussi à une asphyxie lente, ou bien elle peut être amenée par les lésions concomitantes des viscères et la cachexie qui les accompagne. Enfin l'abondante sécrétion purulente qui découle des ulcères est une cause d'affaiblissement graduel qui aboutit à la consomption, si elle n'est une cause de pneumonie. Les malades succombent alors comme s'ils étaient atteints de phthisie laryngée. Dans un cas de périchondrite la mort m'a paru avoir été le résultat de la formation de foyers gangréneux métastatiques dans les organes, foyers qui avaient eu pour point de départ une gangrène développée au pourtour des cartilages nécrosés.

Diagnostic. — Au rapport même des auteurs les plus autorisés, les altérations syphilitiques du larynx, vues au laryngoscope, n'ont aucun caractère franchement spécifique, et conséquemment les désordres fonctionnels qu'elles déterminent ne présentent pas non plus de caractères particuliers. Il ne faut

pas oublier, toutefois, que les manifestations laryngées de la syphilis tertiaire marchent habituellement des parties supérieures vers les parties inférieures. Les individus qui en sont affectés ont la voix altérée; ils souffrent pendant l'acte de la déglutition, ou par le fait d'une pression exercée sur le larynx. Ils sont le plus souvent atteints d'ulcérations ou tout au moins de cicatrices ayant pour siége les amygdales, le voile du palais ou ses piliers, la base de la langue ou la paroi postérieure du pharynx, et quand ces diverses lésions viennent à manquer, la persistance d'une affection du larynx sans cause déterminée doit encore éveiller l'idée de la syphilis. Notons que le laryngoscope a du moins l'avantage de faire connaître le siége précis de l'alteration, et que le diagnostic de la cause sera aidé d'ailleurs par les antécédents et les commémoratifs du malade. L'absence de toute lésion pulmonaire aux sommets des poumons est une circonstance dont on doit savoir profiter, elle peut servir à éliminer la tuberculose.

Les laryngites syphilitiques peuvent guérir complétement tant qu'il n'y a ni ulcération ni nécrose des cartilages. Il est rare cependant que même alors la voix ne reste pas voilée. Leur pronostic est grave toutes les fois qu'il existe des ulcérations profondes. Non-seulement les malades sont exposés à perdre la voix d'une façon définitive, mais ils sont menacés d'une asphyxie plus ou moins rapide, épuisés par des ulcérations prolongées véritables foyers d'infection. Enfin, lorsque le médecin est assez heureux pour obtenir la réparation, le tissu cicatriciel amène peu à peu un retrait du calibre de l'organe, qui, dans certains cas, nécessite une opération, le débridement, où plus souvent la trachéotomie. Cette dernière opération est d'une utilité incontestable dans la laryngite syphilitique quelle que soit sa phase d'évolution, dès qu'il y a accès de suffocation et menace d'asphyxie. Sur vingt cas rassemblés à ce point de vue par Trélat, trois fois l'opération, parfaitement indiquée, n'a pu être faite à temps, les malades sont morts dans des accès de suffocation. Sur les dix-sept autres cas, la trachéotomie a donné treize succès et quatre morts. Une fois la canule a déterminé la formation d'abcès et de clapiers; une autre fois le malade a succombé à une pneumonie; les deux autres malades étaient cachectiques débilités; c'étaient des opérations désespérées. D'autre part, sur vingt-six cas de rétrécissement syphilitique du larynx réunis par W. Berger, six fois la mort fut la terminaison, mais sur ce chiffre cinq fois la trachéotomie n'avait pas été faite; dans le seul cas où cette opération fut pratiquée, la terminaison malheureuse survenue plus tard eut pour cause la perforation de l'œsophage vraisemblablement produite par la canule. Dans dix-huit cas où la trachéotomie eut lieu, le succès, aidé le plus souvent par un traitement spécifique, fut aussi complet que possible. Cependant plusieurs fois on fut obligé de laisser la canule à demeure. Dans deux cas enfin, la trachéotomie dut être renouvelée une seconde fois.

§ 2. — Affections syphilitiques de la trachée et des bronches.

Bibliographie. — Barbeirac, *Dissert. nouv. sur les malad. de la poitrine vénér.*, etc. Amsterdam, 1731.—Morgagni, *Epist. 44*, n° 15; *Epist.* 58.—Benj. Bell, *Traité de la gonorrhée vén. et de la maladie vénérienne*, trad. fr. de Bosquillon. Paris, 1802,

p. 649. Deux cas d'asthme observés chez des syphilitiques guéris par les mercuriaux. — DITTRICH, Prager Vierteljahrschrift, 1849, Bd. 1, p. 269. — WORTHINGTON, *Medicochirurg. Transact.*, t. XXV. — SAINT-ARROMAN, *Des gommes du tissu cellulaire et des muscles.* Thèse de Paris, 1858, p. 17. — MOISSENET, Union médicale de Paris, 28 oct. 1858, et t. XX, n° 5, 1864, p. 340. — VIGLA, Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, XIV, n° 3, p. 223, et Union médicale du 19 février 1859. — CHARNAL, *Quelques considérations sur les rétrécissements cicatriciels de la trachée.* Thèse de Paris, 1859. — H. BOURDON, *Des rétrécissements de la trachée-artère*, Union médicale, nouv. série, t. XXI, p. 150, 1864, et Gaz. des hôpitaux, 12, 1864. — FORSTER, *Retrécissement de la trachée par une cicatrice syphilitique*, dans Handbuch der patholog. Anatomie, p. 113. Leipzig. 1862. — WAGNER, Archiv der Heilkunde, 1863, p. 221. — E. VIDAL, Union médicale, nouv. série, t. XXIII, p. 77, 1864. — BOECKEL, *Retrécissements syphilitiques de la trachée*, Bulletin de la Société de chirurgie, 1864. — DUBOIS, thèse de Strasbourg 1865. — LANCEREAUX, Gaz. hebd., 1864. — VERNEUIL, Bull. de la Société de chirurgie, 7 mai 1866. — C. GERHARDT, Arch. f. klin. med., p. 539, 1867. — MOXON, Guy's Hosp. Reports, ser. 3, vol. XIII, p. 355, 1868. — J. RUSSELL, British med. Journ., 27 oct. — J. WORMS, Gaz. des hôpitaux, 105, 1869. — LANCEREAUX et LACKERBAUER, *Atlas d'anatomie pathologique*, p. 273. et pl. XXVII, fig. 5 et 6. Paris, 1871. — M. MACKENSIE, Trans. of the pat. Soc. of London, vol. XXII, 33, 1871. — HUTTENBRENNER, Jahresb. für Kinderheilk. N. F., V, p. 338, 1872.

On peut rencontrer dans les auteurs anciens, et dans Morgagni surtout, des cas de lésions syphilitiques de la trachée. La plupart de ces cas se trouvent rassemblés dans l'excellente dissertation inaugurale de J. B. Cayol (1). Je me dispenserai de les rappeler, et me contenterai de citer Laurent Joubert : « Novi ego plures quibus ex variola magna, non solum trachea, sed et pulmo ipse fuit exulceratus » (2).

Étude anatomique. — TRACHÉE. — Au point de vue anatomique, les affections syphilitiques de la trachée ont la plus grande analogie avec les lésions du larynx, ce qu'explique d'ailleurs facilement une certaine conformité de structure. La partie inférieure de la trachée est leur siége le plus habituel ; sur sept cas où l'origine de l'altération n'était pas douteuse, celle-ci fut rencontrée six fois (3) au niveau des derniers anneaux de la trachée, d'où elle se continuait dans l'une des bronches. Dans deux cas où l'autopsie ne fut pas faite, mais où la trachéotomie fut pratiquée sans soulagement pour le malade (4), il y a lieu de penser que la lésion morbide n'avait pas d'autre siége. Trois fois (5) pourtant elle a été observée à la partie supérieure de la trachée, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde ; deux fois seulement elle existait, sous forme d'ulcères ou de cicatrices, dans la plus grande étendue de ce canal (6). Quel que soit leur siége primitif, les altérations tertiaires de la trachée paraissent se développer primitivement dans le tissu sous-muqueux plutôt que dans l'épaisseur même de la muqueuse. Les faits déjà connus permettent en effet de suivre leurs phases successives. Dans un certain nombre de cas, on a observé un épaississement plus ou moins étendu du tissu sous-muqueux (altération

(1) *Recherches sur la phthisie trachéale.* Thèse de Paris, 1810.
(2) Laurent Joubert, *Lib. de Variola Magna*, etc., cap. 4, 1645.
(3) Observ. de Moissenet, Vigla, Virchow, Wilks, Verneuil et Lancereaux (obs. XXII).
(4) Cas de Trousseau et Bourdon.
(5) Cas de Worthington, de Wilks, de Moxon.
(6) Cas de Huttenbrenner, Moxon.

diffuse) ; d'autres fois c'est une lésion locale, circonscrite, une tumeur arrondie qu'on a pu comparer, avec juste raison, aux tumeurs gommeuses.

Dans un cas de syphilis avec tumeurs gommeuses du foie et des poumons, Wilks trouva le tissu sous-muqueux de la trachée très-épaissi par des dépôts fibrineux (gommeux) récents, analogues à l'induration chancreuse. Ces dépôts sont en général mal circonscrits ; les petites tumeurs sont, au contraire, bien limitées. Du volume d'une lentille ou d'un pois, ces tumeurs peuvent avoir les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Dans l'observation de Moissenet, il existait, à 2 centimètres au-dessus du rétrécissement, trois plaques irrégulièrement arrondies et de la dimension d'une pièce de 50 centimes, légèrement élevées au-dessus de la surface ambiante, d'une couleur jaune pâle, d'une consistance molle au centre, à surface inégale et mamelonnée. Ce premier degré de l'altération syphilitique de la trachée, n'entraînant pas la mort par lui-même, se présente peu à l'examen de l'observateur. Dans quelques cas seulement il arrive de constater son existence à côté de lésions plus avancées, ulcères où cicatrices. Plus fréquemment, on observe des ulcérations ; celles-ci, arrondies et plus ou moins profondes, ont leur fond constitué par les anneaux cartilagineux, ou par les tissus ambiants, lorsque ces anneaux usés ou ulcérés se sont trouvés complétement détruits. Dans un cas qui nous est personnel, l'ulcère reposait sur une gangue fibreuse contenant dans son épaisseur un ou plusieurs ganglions lymphatiques (obs. XXII, p. 250). Les cicatrices qui succèdent caractérisent la troisième phase d'évolution du travail morbide : souvent c'est l'unique lésion que dévoile l'autopsie. Constituées par un tissu blanchâtre ou rosé, au sein duquel on retrouve les anneaux cartilagineux plus ou moins altérés, fracturés et fragmentés, ces cicatrices plissées ou radiées, sous forme de brides, occupent une partie ou la totalité de la circonférence de la trachée ; elles tiennent, dans certains cas, la place de plusieurs anneaux cartilagineux ; d'où la possibilité de l'affaissement des parois de la trachée dans l'inspiration. Mais le grand inconvénient de cette altération est de rétrécir le canal aérien, qui permet plus ou moins facilement l'introduction d'une sonde de femme, ou même d'un tuyau de plume, ou encore de produire un raccourcissement du tube trachéal qui peut être de plusieurs centimètres. Signalons en terminant, comme effet secondaire, la dilatation de ce tube au-dessus et au-dessous du rétrécissement et l'hypertrophie des fibres élastiques longitudinales.

Bronches. — Les diverses altérations que nous venons de décrire se retrouvent avec leurs phases successives à la surface ou dans l'épaisseur des tuyaux bronchiques, mais principalement au niveau de leurs divisions principales. De petits nodules gommeux ont été vus par Wagner dans l'épaisseur des parois des bronches. Dittrich a trouvé une fois, au-dessous de la bifurcation des grosses bronches, des ulcérations profondes d'un pouce de diamètre, recouvertes d'une exsudation purulente ; le tissu sous-muqueux environnant et la paroi de la bronche droite étaient épaissis et lardacés. Plusieurs des faits rapportés par Virchow font mention de l'existence de cicatrices dures, ridées, à la surface des tuyaux bronchiques, disposition qui se rencontre dans l'une de nos observations. De même que les cicatrices de la trachée, celles des

bronches donnent lieu à un rétrécissement plus ou moins considérable, au voisinage duquel on observe parfois la dilatation des tubes aériens. Dans un cas où nous avons constaté l'oblitération de plusieurs ramifications bronchiques, le parenchyme pulmonaire était en même temps altéré par une production nouvelle de tissu fibreux qui avait donné lieu à un retrait tout particulier. Ajoutons que, dans les cas cités, il n'y eut pas d'altération tuberculeuse des poumons.

En résumé, nous retrouvons dans la trachée et les bronches les mêmes altérations que dans les autres organes, et comme ces altérations se sont montrées tantôt peu de temps après la période secondaire, tantôt dix et douze ans plus tard, il serait peut-être possible de trouver dans cette circonstance une raison suffisante pour comparer les unes aux éruptions syphilitiques tardives, les autres aux dépôts gommeux. Cette manière de voir paraît du reste légitimée par ce fait que les ulcérations ont été plus nombreuses toutes les fois que la manifestation est survenue peu après la période d'éruption générale. L'observation suivante est un exemple de bronchite syphilitique.

Un jeune homme avait contracté une syphilis pour laquelle il prit du mercure. Dans l'automne de 1838, il fut pris d'un mal de gorge auquel se joignirent de l'enrouement, une ulcération au voile du palais, une éruption de couleur cuivrée sur la peau, des nodus, des douleurs nocturnes et de fortes transpirations. Cet état empira graduellement, et, au mois d'août 1839, ce malade, confiné dans son lit, était excessivement émacié et affaibli ; il avait une toux fréquente et très-incommode, une copieuse expectoration purulente, en même temps que des symptômes qui ne laissaient pas de doutes sur l'existence d'une maladie laryngée. Sa poitrine était parfaitement sonore, mais un ronchus muqueux, épais, était évident dans toute l'étendue des deux poumons. On donna la quinine et l'iodure de potassium, mais le malade s'éteignit complétement épuisé, le 15 septembre.

De petites ulcérations existent sur la muqueuse du larynx et sur celle des grosses bronches; elles sont de plus en plus nombreuses dans les petites ramifications, et dans les petites divisions des bronches elles forment une suite continue d'ulcères. Les bronches sont remplies d'une matière purulente, et les lobes inférieurs des poumons sont légèrement congestionnés (1).

Étude symptomatique. — L'étude qui précède conduit à penser que les symptômes correspondant aux lésions syphilitiques de la trachée doivent varier avec le degré d'évolution anatomique; c'est en effet ce qui a lieu. Le début de l'affection, en général insidieux, préoccupe fort peu les malades; ils s'aperçoivent à peine d'une gêne légère de la respiration, ils toussent peu, mais ils ont la sensation d'un léger chatouillement, d'une sorte de corps étranger, sur un point quelconque de l'arbre aérien, et principalement vers la partie supérieure du sternum. A ces symptômes il s'ajoute parfois une respiration bruyante, sifflante pendant l'inspiration, de l'oppression quand le malade monte, des accès de suffocation revenant plus particulièrement la nuit et accompagnés de toux sans expectoration (cas de Bourdon). Plus tard, sans doute quand déjà il existe une ou plusieurs ulcérations, la toux est plus fréquente; sèche jusque-

(1) Sadowski de Prague, cité par G. Lagneau. Thèse de Paris, 1851.

là, elle est suivie de crachats muco-purulents semés parfois de stries sanguines (cas de Vigla), ou nummulaires jaunes verdâtres (cas de Bourdon). La voix est peu ou pas modifiée, l'auscultation ne révèle aucun bruit anormal. Les désordres de la respiration peuvent persister, mais il arrive de les voir diminuer, surtout à la suite d'un traitement approprié. Cette amélioration, il faut se garder de la considérer toujours comme le début d'une guérison définitive; le plus souvent, elle n'est qu'un temps d'arrêt, pendant lequel s'opère la cicatrisation. Celle-ci une fois effectuée, les accidents reparaissent souvent au fur et à mesure que se produit le retrait du tissu cicatriciel, et cette fois il se produit des désordres plus accusés, plus sérieux, plus permanents, en même temps moins accessibles aux moyens internes. La dyspnée, qui se fait de nouveau sentir, est progressive; la toux est quinteuse, le sifflement inspiratoire est tellement marqué qu'il constitue un véritable *cornage*. Mais le phénomène le plus important, et à la fois le plus pénible pour les malades, consiste en des accès de suffocation qui souvent apparaissent sans cause bien déterminée. Ces accès, dans l'intervalle desquels persiste une oppression plus ou moins vive, se renouvellent d'ordinaire au point de mettre la vie du malade en danger. A cette même période, on observe de plus, dans certains cas, deux symptômes auxquels Demarquay attache avec raison une grande importance, l'abaissement du larynx et l'immobilité de cet organe pendant la déglutition et pendant l'exercice de la parole.

Tels sont, en somme, les principaux désordres fonctionnels qui appartiennent aux altérations syphilitiques de la trachée. A ces désordres, ajoutons une sensation toute particulière de dureté de la trachée, une mobilité moins grande de cet organe sur les tissus environnants, puis enfin la possibilité de voir, à l'aide du laryngoscope, soit les ulcérations, soit le rétrécissement lui-même. C'est ainsi que, dans un cas de rétrécissement de la trachée situé il est vrai dans un point élevé du canal aérien, Türck parvint à porter un diagnostic entièrement positif; il constata, au moment où son malade poussait un cri perçant sur une note très-élevée, que le son était produit dans l'expiration par la vibration de toute la longueur des bords du rétrécissement, qui jouaient le rôle des cordes vocales, celles-ci demeurant tout à fait immobiles et largement béantes.

Lorsque l'altération syphilitique intéresse seulement les tuyaux bronchiques, les symptômes diffèrent quelque peu de ceux que nous venons d'analyser. Au rapport de W. Munk (1), ces symptômes n'apparaîtraient qu'après des désordres du côté de la gorge et comme si le mal gagnait le larynx, puis la trachée et enfin les bronches; mais cette marche est loin d'être constante. Dans les premiers temps, les phénomènes sont presque les mêmes que ceux du catarrhe simple; cependant la voix est plus altérée, il y a dans le larynx une irritation et une sécheresse continuelles qui peu à peu gagnent la poitrine; les malades éprouvent une sensation de constriction douloureuse derrière le sternum, et le plus souvent cette irritation, persistant, détermine une toux brève et fréquente, symptôme qui a pu faire croire à l'existence d'une phthisie tuberculeuse. Quand la maladie a duré quelque temps, la sécrétion muqueuse fournie

(1) Voy. *London medical Gaz.*, avril 1841, et *Gaz. med. de Paris*, p. 601, 1841.

par les canaux aériens ne tarde pas à présenter les caractères de la suppuration ; c'est alors que la fièvre hectique s'empare du malade, si déjà elle n'existait pas auparavant. Ainsi, dyspnée plus ou moins intense, toux quinteuse, expectoration muqueuse ou purulente, tels sont les symptômes malheureusement peu caractéristiques de l'altération bronchique tertiaire. Insistons sur ce point que cette altération, toujours très-rare, n'est généralement pas accompagnée, des signes physiques qui indiquent une induration étendue des poumons.

Il a été assez question jusqu'ici de la marche de la trachéite syphilitique pour que je n'aie pas à y revenir. L'évolution de cette affection est lente ; sa durée, en général de plusieurs mois, est moins longue, en raison de l'importance fonctionnelle de l'organe lésé, que la durée de la plupart des autres manifestations syphilitiques des viscères. Quant à sa terminaison, elle est rarement heureuse, ce qui semble tenir à la difficulté de reconnaître l'altération à son début et de la traiter assez tôt. La mort, lorsqu'il s'agit de lésions trachéales, est relativement fréquente. Elle survient d'ordinaire dans un accès de suffocation, plus rarement par le fait d'un épuisement général. La cachexie est un symptôme peu commun des affections syphilitiques de la trachée et du larynx, à moins qu'elles ne soient concomitantes d'une altération des viscères de l'abdomen.

Diagnostic. — Dyspnée, sifflement particulier pendant l'inspiration, véritable cornage, la voix conservant son timbre presque ordinaire, douleur ou sensation d'un corps étranger dans l'un des points du tube aérien, et plus tard accès de suffocation sans lésion pulmonaire appréciable, tels sont les signes qui doivent servir de base au diagnostic des affections syphilitiques de la trachée. A ces signes on pourrait sans doute ajouter quelques symptômes fournis par l'auscultation de la trachée, un peu trop négligée en pareil cas. Ces affections ne seront pas confondues avec les altérations du larynx, qui déterminent toujours des modifications plus ou moins profondes de la voix, et que fait connaître l'examen laryngoscopique ; mais elles pourraient l'être avec certaines lésions trachéales susceptibles d'amener un rétrécissement du tube aérien. L'absence des signes de la tuberculisation pulmonaire sera d'une grande utilité pour repousser l'existence d'une lésion tuberculeuse de la trachée. La morve, ainsi qu'il résulte des recherches du professeur Tardieu (1), peut engendrer des désordres en tout comparables à ceux de la syphilis. Le diagnostic différenciel repose avant tout sur les antécédents et les commémoratifs du malade ; il me paraît inutile d'insister sur ce point, mon intention étant de faire plus loin le parallèle de ces deux maladies. Les tumeurs qui compriment la trachée déterminent des troubles capables d'induire en erreur ; parmi ces tumeurs, l'une des plus fréquentes, l'anévrisme de l'aorte, se reconnaît à des signes tout à fait spéciaux. Quant aux tumeurs solides des médiastins antérieurs,

(1) Tardieu, *De la morve et du farcin chronique chez l'homme*, etc. Thèse de Paris, 1843. — Biermer, *Mém. sur les rétréciss. de la trachée et des bronches*, Gaz. des hôpitaux, 9 sept. 1869.

comme elles s'avancent peu à peu jusqu'au-dessus de la fourchette sternale, elles deviennent habituellement appréciables au toucher. D'autres lésions peuvent tromper : le cancer épithélial de l'œsophage est de ce nombre. Cette altération, dont j'ai pu observer plusieurs exemples (1), perfore quelquefois la trachée, fait saillie dans sa cavité et rétrécit plus ou moins son calibre. De là, dyspnée, sifflement trachéal, accès de suffocation, tous symptômes qui peuvent faire croire à un rétrécissement syphilitique de la trachée. La gêne de la déglutition, et parfois aussi l'altération de la voix qui résulte de l'envahissement de l'un des deux nerfs laryngés par la production épithéliale, sont des signes qui, joints aux commémoratifs, serviront à éclairer le médecin dans ces cas difficiles. Les commémoratifs du malade, l'absence de signes indiquant l'existence d'une tuberculisation pulmonaire, la longue durée du mal, sont autant de circonstances qui pourront aider à reconnaître la bronchopathie syphilitique.

Le pronostic des affections syphilitiques de la trachée et des bronches est sérieux toutes les fois que l'altération occupe une grande étendue, qu'elle détermine un rétrécissement notable de ces parties. Le rétrécissement cicatriciel est grave surtout par ce fait qu'il résiste à toute médication spécifique.

§ 3. — Pneumonite syphilitique.

Bibliographie. — Nicolas Massa signale l'asthme et la diarrhée comme symptômes consécutifs aux tumeurs gommeuses; voyez *Aphrodisiacus* de Luisinus, p. 45. — Portal, *Observations sur le traitement de la phthisie pulmonaire*. Paris, 1792. — J. Frank, *Traité de pathologie interne*, t. IV, p. 267, chap. IV, 27, trad. Bayle. — Lemonnier, Thèse de Paris, 1810. — William Munk, *Med. gaz.*, avril et mai 1841. — A. Dumoulin, Thèse de Paris, 1848, p. 49. — Lagneau, *Des maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis*, 1851. Thèse de Paris. — Ricord, *Iconographie*, pl. XXVIII et XXVIII *bis*. — Budd, *Diseases of the liver*, p. 419. London, 1857. — Spencer Wells, *Medical Times*, 3 juillet 1858. — S. Wilks, *On the syph. Affect. of the intern. organs*, Guy's Hospital Reports, série 3, vol. IX, p. 34. — Cornil, Bull. de la Soc. anat., 1861. — Pihan Dufeillay, *Ibid.* — Hutchinson et Jackson, *Med. Times and Gaz.*, 11 octobre 1862. — E. Wagner, *Archiv der Heilkunde*, p. 361. Leipzig, 1863. — A. de Naux, *Maladies pulmonaires syphilitiques*, Annales de la Société de médecine de Gand, janv. et fév. 1864. — Lancereaux, *Des lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle*. Gaz. hebd., 1864. — Gintrac, *Observ. de phth. syphilit.* Soc. de médecine de Bordeaux, et Gaz. hebdomadaire de Paris, 1867. — P. Lacaze, *Essai sur la phthisie syphilitique*. Thèse de Paris, 1870. — E. Landrieux, *Des pneumopathies syphilitiques*. Thèse de Paris, 1872.

Les syphiligraphes des deux premiers siècles se contentent de mentionner les affections spécifiques des poumons. Jacques de Béthencourt (2) signale leur existence comme il suit : « En certains cas on observe de l'œdème, des ulcérations pulmonaires, des phénomènes de consomption progressive, et d'autres affections qui épuisent insensiblement les forces de l'organisme et aboutissent au marasme. » Les médecins du dernier siècle connaissent déjà mieux la

(1) Lancereaux, *Deux cas de cancer épithélial de l'oesophage*, Bull. de la Société anatom., 1861.

(2) J. de Béthencourt, *Nouveau caréme de pénitence*, etc., trad. par Fournier. Paris, 1871, p. 46.

syphilis pulmonaire, c'est pour eux la phthisie vénérienne (phthisis a lue venerea). La plupart désignent sous cette dénomination une affection pulmonaire causée par le virus vénérien, différente de cet état particulier que nous appelons cachexie. Morton (1), consacrant à ce genre d'affection le chapitre VII de sa *Phthisiologie*, donne une observation qui ne manque pas d'intérêt. Baglivi (2) écrit dans ses *Praxeos medicæ* : « Certò constat phthisin sæpissime esse morbum secundarium a variis morbis principalibus, v. g. lue venerea, etc. » Hoffmann (3) rapporte deux faits de phthisie vénérienne qu'il discute et critique. Morgagni (4) en cite aussi deux exemples; mais il pense, et en cela il se rapproche de l'opinion de Morton, que la maladie vénérienne n'a d'autre action que de favoriser le développement de l'altération des poumons. Astruc (5) insiste sur les symptômes pulmonaires liés à l'existence de la vérole. Tode, Schwartze (6), Meza (7), admettent aussi la phthisie vénérienne, dont ils relatent quelques cas. Sauvages (8), à l'exemple de Morton, fait de cette maladie la huitième variété de ses phthisies, et sa manière de voir fut adoptée plus tard par Cullen et Macbride. Schrœder (9) dit en parlant du virus vénérien : « Producit..... inflammationes, spasmos, tumores et tubercula, in variis partibus nec non raro in pulmonibus.» J. P. Frank (10) cite l'action du virus syphilitique sur les poumons parmi les causes de l'hémoptysie. De Horne (11), Carrère (12), Tandon (13), ont vu des troubles graves de la poitrine guérir sous l'influence d'un traitement spécifique. Swediaur (14) et Saucerotte (15) parlent de la phthisie syphilitique pulmonaire. Portal (16) en traite assez longuement. Joseph Frank (17) lui reconnaît trois périodes. Petit-Radel (18) en donne quelques observations qu'il emprunte à Larrey. Van der Kolk écrit à ce sujet (19) : « Etenim non raro in perscrutando cadavera syphiliticorum, qui dum vivebant phthisici videbantur, inveni in pulmonibus, præcipue in medio lobo, ulcus quoddam seu pus collectum sine ullo tuberculo cingenti. » Enfin, sans nous arrêter sur différents faits que contiennent les recueils scientifiques, mentionnons, comme trait d'union entre les observations anciennes et les recherches

(1) R. Morton, *Opera medica*, Lugduni, 1737, p. 406.
(2) Baglivi, *Opera medica*, Lugduni, 1745, p. 200.
(3) F. Hoffmann, *Opera omnia*. Genève, 1748. *De lue venerea*, p. 424, t. III, c. IV.
(4) Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, t. II, epist. XXII, art. 10, 11 et 15; t. I, . 525, trad. franç. (*Encyclop. des sciences médic.*).
(5) Astruc, *De morbis venereis*, in-4°, t. I, p. 425.
(6) Schwartze, *Dissertatio observationes quasdam continens*.
(7) Meza, *Societatis Havniensis Collectanea*, 1774, vol, I, art. 21.
(8) Sauvages, *Nosologie méthodique*, trad. Nicolas, 1785, t. III, p. 457. — *Nosologia methodica*, Amsterdam, 1768, t. II, p. 457.
(9) Th. G. Schrœder, *Tractatus medicus de pleumonide ejusque speciebus*, Gottingue, 1779, art. De pneumon. syphilit. 70.
(10) J. P. Frank, *Médecine pratique*, t. II, p. 308, trad. Gondareau. Paris, 1842.
(11) De Horne, *Différentes méthodes d'administrer le mercure*, t. II, p. 447, 1779.
(12) Carrère, *Maladies vénériennes chroniques sans signes évidents*, p. 64 et 181, obs. V.
(13) Tandon, *Traitement et guérison d'une phthisie vénér. par la méthode de Huguenot* (*Ann. de la Soc. méd. de Montpellier*, t. I, p. 176).
(14) Swediaur, *Maladies vénériennes*, 4e édit., t. II, p. 169, 1801.
(15) Saucerotte, *Journal de méd. de Corvisart*, 1812, p. 750.
(16) Portal, *Observal. sur le traitement de la phthisie pulmonaire*. Paris, 1809.
(17) J. Frank, *Traité de pathologie interne*, t. IV, p. 167, ch. IV, trad. Bayle.
(18) Petit-Radel, *Cours des maladies syphilitiques*, t. II, p. 3. Paris, 1812.
(19) Van der Kolk, *Observal. anatomo-patholog.*, 1827, p. 129 et suiv.

modernes, le travail de Munk (1) sur les maladies spécifiques des poumons et la thèse inaugurale de G. Lagneau (2).

Jusqu'ici deux doctrines sont mises en avant : l'une considère certaines maladies pulmonaires comme directement produites par la syphilis, l'autre regarde la syphilis comme une simple cause occasionnelle de ces maladies. Nous verrons ce qu'il faut penser de cette dernière ; mais tout d'abord disons que si un certain nombre de faits de phthisie vénérienne publiés par les auteurs anciens ont trait à des altérations de la trachée ou des bronches, il n'en est pas moins vrai que l'on ne peut aujourd'hui conserver le moindre doute au sujet d'une influence directe de la syphilis sur le parenchyme des poumons. Diffuses ou circonscrites, les lésions qui en résultent laissent à leur suite des cicatrices ; elles présentent les mêmes modes anatomiques que les lésions des autres organes.

Étude anatomique. — La pneumonite diffuse ne peut être établie que d'après un petit nombre de faits, mais ceux-ci sont suffisants pour ne laisser aucun doute dans l'esprit. Le siége de cette modification est variable : tantôt elle occupe les lobes supérieurs ou le lobe moyen, tantôt elle reste limitée aux lobes inférieurs, et ainsi il est permis de croire qu'elle peut envahir à peu près indistinctement les différentes parties des poumons, sans acquérir néanmoins une étendue bien considérable. La portion du parenchyme affectée est plus ferme, plus dure, élastique, résistante à la pression, friable, imperméable à l'air, et, par conséquent, non crépitante. Située au voisinage de la surface des poumons, l'altération est marquée à son début par une légère tuméfaction, plus tard par une dépression plus ou moins profonde, conséquence du retrait subi par le tissu de nouvelle formation. Dans un cas rapporté par Vidal, il existait au pourtour des bronches une masse indurée d'une couleur gris bleuâtre, ayant une certaine analogie avec le marbre vert de mer. Cette masse, qui remplaçait une portion du parenchyme pulmonaire, offrait à la pression une résistance telle qu'on aurait pu la prendre pour une périostose. Elle avait pour siége une partie des lobes inférieurs, tandis que le reste du poumon était souple et doux au toucher. Nulle part on ne put trouver la moindre trace de tubercules. Wilks dit avoir vu l'induration du tissu des poumons dans un certain nombre de cas de maladie vénérienne, mais il hésite à rattacher cette lésion à la syphilis.

Dans un fait observé par nous, la lésion occupait la partie inférieure du lobe supérieur du poumon gauche (3). A ce niveau, la surface pulmonaire présentait une large dépression avec plis radiés, le parenchyme était remplacé par un tissu fibreux, ferme, résistant, au sein duquel on apercevait de nombreux points jaunâtres, à surface légèrement grenue, constitués à l'examen microscopique par des noyaux granuleux et de nombreuses granulations moléculaires contenus dans une trame fibreuse. Les bronches qui se rendaient à cette portion du poumon, pour la plupart dilatées ou rétrécies, se terminaient, quelques-unes du moins, par des culs-de-sac ampullaires. Leurs parois opaques,

(1) Munk, *London med. Gaz.*, avril et mai 1841.
(2) Lagneau, *Des maladies pulm. causées ou influencées par la syphilis*. Paris, 1851.
(3) Voyez *Atlas d'anatomie pathologique*, p. 274 et pl. 27, fig. 6.

jaunâtres et épaissies, étaient manifestement altérées. Loin d'être rare, cette modification bronchique est plutôt la règle dans les cas de ce genre, où les lobules sont aussi généralement affectés.

La pneumonite circonscrite ou gommeuse, déjà signalée par Morton, Astruc (1), Fabre, n'a été réellement étudiée que dans ces derniers temps, et, à dire vrai, les connaissances que nous en avons sont encore très-imparfaites. Les faits, au nombre de dix (2), qu'il nous a été possible de rassembler, nous ont appris que les dépôts gommeux observés dans les poumons d'adulte n'ont aucun siége de prédilection, qu'ils se rencontrent également bien dans les lobes supérieurs, moyen et inférieurs. Lorsqu'ils occupent le lobe supérieur, c'est plutôt à la partie moyenne ou inférieure qu'au sommet, siége d'élection ordinaire des tubercules.

Ces néoplasmes sont en nombre variable, et s'il n'en existe parfois qu'un seul, le plus souvent ils sont multiples; rarement ils dépassent six ou huit. Ils se montrent sous la forme de tumeurs de coloration grisâtre ou d'un blanc jaunâtre, à peine irrégulières, arrondies, du volume d'un pois, d'une amande ou d'une grosse noix, d'une consistance primitivement ferme, élastique, plus tard un peu molle, caséeuse au centre. Déposées au sein de la trame parenchymateuse, ces tumeurs sont généralement circonscrites par un tissu induré, fibreux, grisâtre (obs. XLIII), nacré et luisant (obs. Cornil), qui leur sert comme de coque et qui, dans l'espèce, n'est pas sans importance diagnostique. Dans une section, cette coque, ou mieux cette zone, est parfaitement distincte du nodule intérieur, et tandis que, résistante sous le doigt et manifestement parcourue par de nombreux vaisseaux, elle est constituée par un tissu fibreux parfaitement développé, le noyau central est friable, peu vasculaire, formé de petites cellules et de noyaux arrondis, souvent granuleux, en voie d'atrophie et de destruction. Production sèche avant tout, la tumeur gommeuse des poumons ne tarde pas à se nécroser et à subir la métamorphose granulo-graisseuse. C'est alors que s'opère peu à peu le changement de consistance, et que la substance de nouvelle formation, primitivement solide, se ramollit du centre à la périphérie (obs. Wilks).

Parvenue à cette période, la substance gommeuse peut être résorbée en partie ou en totalité; mais le plus souvent elle est évacuée par les bronches, et à sa place il reste une excavation plus ou moins étendue, tapissée de dépôts caséeux et toujours circonscrite par une zone fibreuse plus ou moins épaisse. Le travail en vertu duquel s'effectue cette élimination est peu connu; mais il y a tout lieu de croire qu'il ne diffère pas de celui qui s'opère lors de l'élimination des gommes du tissu cellulaire sous-cutané (inflammation ulcérative). Les cavernes, ainsi qu'il arrive pour ces dernières lésions, sont susceptibles de cicatrisation; de là des fronçures, des dépressions plus ou moins manifestes, des cicatrices à la surface des poumons. Pendant longtemps on rattacha presque exclusivement à la tuberculose les cicatrices des poumons,

(1) Astruc admet que les fonctions vitales du poumon peuvent être altérées dans la vérole : 1° par des tubercules ou des tumeurs gommeuses, qu'ils soient ou non en suppuration; 2° par des vomiques.

(2) Les auteurs qui rapportent ces faits sont : Ricord, Budd, Dumoulin, Wilks, Spencer Wells, Cornil, Lancereaux, Hutchinson et Jackson.

et il y a lieu de penser qu'on a pu ainsi confondre des reliquats d'altérations différentes. Certains faits rapportés par Laënnec (1), Andral (2), et par quelques autres auteurs, sembleraient donner une apparence de vérité à cette manière de voir. Effectivement, malgré le silence gardé sur la syphilis dans la plupart de ces faits, il est permis de croire, en raison surtout des altérations concomitantes de l'organe hépatique (voir obs. XIX et XX de Laënnec), que la lésion cicatricielle du poumon pouvait bien reconnaître une cause syphilitique. La fréquence des cicatrices pulmonaires dans les cas de syphilis viscérale (3) vient tout au moins à l'appui de cette opinion.

Les cicatrices syphilitiques s'observent indistinctement dans tous les lobes pulmonaires, à leur surface ou dans leur épaisseur. Elles coexistent avec des lésions syphilitiques diverses qui occupent différents points du corps ou même des organes tels que le foie, jamais ou rarement avec des tubercules vrais des poumons. Superficielles ou profondes, rayonnées ou étoilées, elles sont constituées par un tissu fibreux et induré, au sein duquel on remarque parfois une substance sèche, grenue et jaunâtre. Il est question, dans l'une de nos observations, de cicatrices rayonnées et étoilées des différents lobes du poumon droit au centre desquelles le tissu pulmonaire, grisâtre, ferme, induré, présente une substance blanche et caséeuse ; quelques dépressions cicatricielles analogues existant à la surface du poumon gauche adhèrent au diaphragme, affecté lui-même de cicatrices et de petites tumeurs gommeuses. Ajoutons que l'adhérence des poumons aux parois costales n'est pas rare dans ces cas, où la plèvre, le plus souvent épaissie, participe à l'altération, de telle sorte qu'il est possible d'avancer qu'une *pleurésie* membraneuse, chronique et sèche est, pour ainsi dire, un acolyte obligé des lésions syphilitiques diffuses ou circonscrites du parenchyme pulmonaire. Beaucoup plus rare dans les cas de tuberculose, ce genre de pleurésie est presque une exception lorsqu'il s'agit du cancer des poumons.

Les manifestations diverses de la syphilis pulmonaire exigent la plus grande attention pour être reconnues. La pneumonite diffuse chronique se distingue par son peu d'étendue ; rarement elle envahit tout un lobe, mais en général elle existe sur des points disséminés : en outre, le néoplasme qui la constitue se présente sous forme de cloisons fibreuses épaisses, entre lesquelles est interposée une substance jaunâtre, grenue, jusqu'à un certain point différente de la substance marbrée, dure et brillante à la coupe, qui appartient à la pneumonie chronique ordinaire, c'est-à-dire à cette pneumonie à laquelle il n'est pas possible d'attribuer de cause bien déterminée excepté l'impaludisme. Les gommes pulmonaires, productions sèches, peu vasculaires, se différencient un peu par leur structure, mais surtout par la présence, à leur pourtour, d'une zone fibreuse ordinairement très-épaisse. Les tubercules, lorsqu'ils revêtent la forme de masses arrondies, peuvent prêter à la confusion ; mais en général, même dans ces conditions, il est rare de ne pas rencontrer des granulations grises miliaires, ce qui n'a pas lieu avec les dépôts syphilitiques ; d'ailleurs, les néo-

(1) Laennec, *Traité de l'auscultation*, p. 58. Paris, 1831. Voir observ. XIX et XX.
(2) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 68. Paris, 1834.
(3) Voir observation XXXIII et plusieurs autres.

plasmes tuberculeux se développent le plus souvent des deux côtés de la poitrine, et ils ont pour siége de prédilection les sommets des poumons. Granulations tuberculeuses et tumeurs gommeuses sont constituées par des éléments cellulaires et nucléaires de petit volume, arrondis, assez semblables aux globules de la lymphe. Toutefois, moins rapide dans son développement, la tumeur gommeuse est susceptible d'une organisation plus complète, elle contient une trame de tissu conjonctif, plus abondante que le tubercule, qui est constitué par des cellules et des noyaux souvent atrophiés, granuleux, déformés et plus petits que ceux qui appartiennent aux gommes. Les grosses cellules granuleuses (corpuscules granuleux) ne se rencontrent pas dans le dépôt tuberculeux comme dans les dépôts syphilitiques. Le néoplasme tuberculeux est plus maigre, plus chétif, en quelque sorte, que le néoplasme gommeux, et par conséquent, jouissant d'une vitalité moindre, il a une tendance plus grande à une transformation rétrograde ; ajoutons que cette tendance est accrue par le rétrécissement ou l'oblitération assez ordinaire des vaisseaux qui le nourrissent.

Étude symptomatique. — Les altérations qui nous occupent échappent parfois à nos moyens physiques d'investigation, et comme elles ne donnent pas toujours lieu à des troubles fonctionnels bien appréciables, il en résulte qu'elles peuvent passer inaperçues et rester latentes, au moins pendant un certain temps. C'est là ce qui arrive dans quelques cas de pneumonie chronique partielle, de tumeurs gommeuses à la première période de leur évolution. On conçoit la difficulté d'arriver à découvrir ces lésions tant qu'elles sont peu étendues. Dans le cas contraire, l'obscurité du son à la percussion, l'existence d'un souffle circonscrit, isolé ou accompagné de râles, sont les principaux symptômes qui manifestent leur existence. Ces symptômes, plus spéciaux à la forme diffuse de la syphilis pulmonaire, sont quelquefois accompagnés de fièvre et d'amaigrissement. Dans une période plus avancée, lorsqu'une dilatation bronchique s'est ajoutée à la pneumonie chronique, le souffle, devenu plus appréciable, coexiste avec des râles plus ou moins gros.

Les signes physiques relatifs aux lésions gommeuses des poumons deviennent appréciables principalement après la fonte de ces nouvelles productions, lorsqu'elles ont déterminé dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire une ou plusieurs excavations d'étendue variable. Dès ce moment, les phénomènes morbides changent de caractère, et apparaissent des signes stéthoscopiques qui ne diffèrent pas de ceux que l'on observe toutes les fois qu'il existe une caverne quelconque dans les poumons : souffle creux, circonscrit dans une région déterminée, et râles plus ou moins volumineux, avec ou sans retentissement de la voix. A cette phase sans doute doit se rapporter la mention faite par Astruc et quelques autres auteurs du dernier siècle de vomiques consécutives à la présence de tumeurs gommeuses suppurées et d'abcès dans les poumons.

Une toux plus ou moins opiniâtre, quelquefois quinteuse, de la dyspnée, de l'oppression et une expectoration mucoso-purulente, tels sont les principaux désordres fonctionnels observés en pareil cas. Ajoutons qu'une hémoptysie peu abondante a aussi été constatée (obs. Leudet et obs. XLIII). Ces symptômes ne présentent pas de caractères spécifiques, mais cependant il est assez présuma-

ble que l'examen micrographique de la matière expectorée offrirait quelque chose de particulier. Quoique le plus souvent apyrétique, la syphilis des poumons coexiste ordinairement avec cette modification profonde de l'organisme connue sous le nom de cachexie, et il est à noter que ce désordre général persiste quelquefois, lors même que des changements survenus dans les signes stéthoscopiques permettent de supposer qu'il y a eu cicatrisation des cavernes et guérison de l'affection pulmonaire.

La marche des altérations syphilitiques des poumons est lente, mais elle n'a rien de spécial, à part l'élimination possible des tumeurs gommeuses. Ces tumeurs présentent les trois phases de crudité, de ramollissement, d'élimination et de cicatrisation déjà notées pour les gommes des autres organes, et à chacune de ces phases correspondent nécessairement des signes stéthoscopiques différents. La durée de ces affections est longue, et cette circonstance vient quelquefois en aide au diagnostic. Leur terminaison est le plus souvent heureuse, lorsqu'on parvient à les reconnaître assez tôt ; elle serait moins défavorable, si à cette période de la syphilis les lésions des viscères abdominaux n'entraînaient habituellement la cachexie et le marasme. La fièvre, rare dans le cours de ces lésions, serait plus commune, si l'on en croit Landrieux, dans la pneumonite diffuse que dans la pneumonite gommeuse.

Diagnostic. — Les symptômes propres aux affections syphilitiques des poumons n'ont aucun caractère pathognomonique ; ainsi le diagnostic de la syphilis pulmonaire repose principalement sur les antécédents et les commémoratifs du malade, comme aussi sur la nature des affections concomitantes. Toutefois, quelques désordres pulmonaires peuvent servir à éclairer ce diagnostic et à mettre sur la voie de la syphilis. Un certain degré de matité, avec bruit de souffle non précédé de réaction fébrile, persistant et limité à l'un des lobes inférieurs ou au lobe moyen, chez un individu cachectique dont les sommets des poumons sont intacts et le foie altéré, constitue une présomption très-grande en faveur d'une affection pulmonaire syphilitique. L'apparition subite de crachats abondants, le siége de l'altération dans une étendue limitée, et surtout dans un seul côté de la poitrine, sont des circonstances qui viennent encore à l'appui du diagnostic de cette même affection (voy. les observations ci-dessous).

L'altération tuberculeuse des organes respiratoires, qu'il est surtout facile de confondre avec les cas qui nous intéressent, se distingue du reste non-seulement par une évolution plus rapide et une plus grande extension, mais encore par son début tout spécial aux sommets des deux poumons. Que le désordre anatomique produit par la syphilis occupe l'un des sommets ou même les deux à la fois, on conçoit que le diagnostic est des plus difficiles et qu'il exige toute la sagacité d'un médecin éclairé. La marche de l'affection, l'état général du malade ou mieux son état particulier de cachexie, ses antécédents morbides, voilà sur quoi il sera encore possible de fonder une opinion qu'éclairera ultérieurement un traitement approprié.

Le pronostic de la syphilis pulmonaire est grave et sérieux, non pas tant peut-être par le fait de la lésion propre des poumons qu'à cause des altérations syphilitiques qui, en même temps, sévissent d'ordinaire dans les autres viscères. Sans oublier qu'en pareil cas la guérison est souvent possible, il ne faut

pas perdre de vue que ces altérations, relativement rares, n'apparaissent jamais qu'à une période très-avancée de la syphilis et par conséquent à un moment où l'organisme a déjà subi une très-profonde modification. Si l'on tient compte de cette considération, on ne sera plus tenté de regarder, à l'exemple du docteur O'Connor et de quelques autres auteurs, comme manifestations syphilitiques des lésions qui, en définitive, ne sont que des pneumonies ou des pleurésies ordinaires.

Dans cet article, nous avons basé notre description sur l'altération anatomique, dont les caractères sont toujours plus précis et plus certains que ceux que fournissent les désordres symptomatiques. La phthisie et l'asthme syphilitiques décrits par quelques auteurs ne sont, en réalité, que des symptômes liés à quelques-unes des lésions précédemment étudiées, et tout particulièrement aux ulcérations et au rétrécissement des conduits aériens. Notre manière de voir, différente de celle des docteurs Lagneau et de Naux, trouvera, nous l'espérons, des imitateurs. Les exemples suivants d'affections pulmonaires syphilitiques terminées par la mort ou par la guérison viennent à l'appui de notre description.

Pneumonie chronique syphilitique.

V..., âgée de quarante-cinq ans, couturière, a craché, il y a un mois, un peu de sang pendant deux ou trois jours; jusqu'alors elle n'avait jamais souffert de la poitrine; elle n'est pas amaigrie et ne connaît aucun antécédent tuberculeux dans sa famille. La marche, l'ascension d'un escalier, lui causent depuis quelques mois une grande gêne et des palpitations. Elle porte sur le corps des traces d'ecthyma et de rupia syphilitiques qui dénotent une maladie vénérienne très-invétérée. Nourrissant un de ses enfants il y a treize ans, cette femme consentit à allaiter une petite fille qui avait les lèvres ulcérées et couvertes de plaques muqueuses. Bientôt des ulcérations apparurent autour du mamelon de la nourrice, et un médecin qui la vit à cette époque fit un certificat pour constater l'infection de la nourrice par l'enfant. Elle fut alors soumise à un traitement mercuriel. La maladie sembla sommeiller pendant deux ans, puis elle se réveilla avec une grande intensité; alors apparurent des plaques muqueuses, des ulcérations aux jambes, puis du rupia dont on constate encore aujourd'hui les traces indélébiles, enfin des douleurs ostéocopes. La malade se décida à prendre un nouveau traitement: la liqueur de Van Svieten et l'iodure de potassium sans apporter un grand soulagement aux douleurs, contribuèrent à cicatriser les ulcérations.

Admise à l'hôpital des Cliniques, le 1er avril 1853, cette malade est traitée par l'iodure de potassium et des antispasmodiques. Le soir, augmentation de la dyspnée. Le 2, la malade ne peut respirer qu'en se mettant sur son séant, les sommets des poumons se dilatent et se resserrent avec force; les battements du cœur sont plus éclatants et plus rapides. Le 3, ces symptômes sont encore plus marqués; même traitement. Le 4, il y a une oppression très-vive, la face est bleuâtre. Des symptômes d'asphyxie, et la mort survient sur les huit heures du soir.

Autopsie. — Les poumons sont seuls le siége des lésions qui ont amené la mort; la trachée est remplie d'un liquide spumeux, sa muqueuse n'offre ni rougeur ni ulcération. En incisant par la partie postérieure les ramifications bronchiques des lobes inférieurs, on constate qu'elles sont entourées par une masse indurée, d'une couleur gris bleuâtre, de coloration plus foncée à gauche qu'à droite, ayant une certaine analogie avec le marbre vert de mer. Cette masse a remplacé le parenchyme pulmonaire qui sépare les divisions aériennes les unes des autres, elle offre une vive résistance à la pression, on dirait une périostose: le reste du poumon est doux au toucher, élastique, s'affaissant sous le doigt, et sa section souple et

molle se convertit en lignes courbes et flexueuses, ainsi que dans l'état sain; il est légèrement rougeâtre, quoique très-congestionné. Pas la moindre trace de tubercule, ni au sommet, ni à la base, ni sur aucun point du corps. Les ganglions bronchiques sont noirs et indurés, sans tendance à la suppuration; les filets bronchiques des nerfs pneumo-gastriques, de chaque côté, plongent au milieu du tissu induré, ce qui en rend la dissection presque impossible. (Vidal de Cassis, *Traité des maladies vénériennes*, 2e édit., 1855.)

De ce fait, où la forme diffuse de l'altération syphilitique des poumons ne peut être contestée, nous rapprocherons deux observations, publiées par nous dans la *Gazette hebdomadaire*. Ces observations destinées à nous renseigner sur la phase la plus avancée des lésions circonscrites, trouvent leur complément dans un fait rapporté par Cornil où ces mêmes lésions se voient dans la première période de leur développement.

Antécédents syphilitiques probables chez le père. Arrêt de développement des organes génitaux; conformation particulière des dents et du nez; anosmie. Douleurs ostéocopes, alopécie, angine, surdité; absence de menstruation, hémoptysies, signes d'excavation pulmonaire. Autopsie. Cavernes dans le poumon droit avec pneumonie au voisinage; cicatrices du foie.

Obs. XLIII. — R... (Louise), âgée de quarante et un ans, lingère, raconte que son père était atteint d'une mauvaise maladie, qui, d'après ce qu'elle a pu entendre dire, était une affection syphilitique; il était malade peu de temps avant sa naissance, et elle ne doute pas qu'il ne soit la cause des diverses souffrances qu'elle a éprouvées depuis son bas âge. Sa mère fut affligée durant sept ans de douleurs qui parcoururent successivement les jambes et le bras droit; plus tard elle fut atteinte du choléra, et succomba en 1852, ayant depuis un an de l'œdème aux membres inférieurs. De douze enfants qu'eurent ses parents, trois seulement ont survécu, tous les autres sont morts avant l'âge de trois ou quatre ans, mais sans que la malade puisse donner des renseignements sur ce qui leur est arrivé. En ce qui la concerne, elle rapporte que, de huit à onze ans, elle eut des maux d'yeux et devint presque aveugle; plus tard elle éprouva des maux de gorge, sa voix s'altéra au point qu'elle devint presque aphone. A quatorze ans, elle est atteinte d'une surdité qui disparaît en partie, puis revient et persiste. Vers cette même époque on essaye, mais en vain, de provoquer la menstruation. A dix-huit ans, elle est prise d'une fièvre lente qui l'épuise peu à peu. Il paraît qu'on lui conseilla le mariage, mais elle refusa. A vingt-deux ans, douleurs intenses dans la tête, chute des cheveux. De vingt-deux à trente-huit ans, elle jouit d'une santé passable, souffrant souvent de l'estomac, ayant quelquefois des vertiges, des étourdissements, mais jamais de convulsions ou de perte de connaissance. En avril 1859, elle contracte une pleurésie, puis reprend son travail; mais, le 22 juin, elle est prise de douleurs dans la région du dos, et quelques jours plus tard elle a une hémoptysie; cette affection se répète vers la fin de l'année et au commencement de 1860.

Du 18 février au 15 juin 1860, santé assez bonne; mais à ce moment survient une hémoptysie abondante; la malade évalue à un litre environ le sang qu'elle rendit en vingt-quatre heures. En octobre, elle entre à l'hôpital de la Pitié, où je puis l'examiner et la suivre. C'est une femme de petite taille, peu développée. Ses seins sont ceux d'une jeune fille non encore pubère; le pénil est complétement glabre, le vagin permet difficilement l'introduction du petit doigt; l'hymen existe à peine, mais sans trace de déchirure. Voix rauque et nasonnée; dents petites, bicuspidées; nez aplati vers sa base; tête presque chauve, quelques cheveux très-clair-semés; pâleur, sans amaigrissement. Une hémoptysie récente et des vomisse-

ments de matières alimentaires et médicamenteuses (huile de foie de morue, dont elle fait un grand usage) sont les raisons qui nous amènent cette malade ; elle se plaint de douleurs dans l'épaule et le bras droits et d'une gêne à la région de l'estomac. Elle a une surdité telle, que je suis obligé d'écrire mes questions pour qu'elle puisse y répondre ; l'examen des oreilles ne fait découvrir aucune altération. Il existe, à la percussion, à la partie supérieure et interne de la mamelle droite, dans une étendue de plusieurs centimètres, un son obscur ou mat ; à ce même niveau et vers le bord axillaire, on entend un souffle doux et saccadé, assez différent du souffle bronchique ; un peu plus bas ce souffle prend le timbre creux ; de temps à autre, et principalement durant les efforts de toux ou de profonde inspiration, on perçoit des râles sous-crépitants ou caverneux. En arrière, mêmes phénomènes plus profondément situés. Le poumon gauche est partout intact. Toux fréquente, quinteuse, avec expectoration abondante et souvent sanglante. Le cœur est sain, la rate, le foie et les reins ne paraissent pas lésés. L'intelligence de la malade est intacte, mais il est facile de reconnaître qu'elle a presque entièrement perdu le sens de l'odorat. Cet état dure depuis dix ans, si l'on en croit son récit. Depuis cette époque, cette malade est toujours restée enchifrenée. Appétit peu prononcé ; phénomène d'embarras gastrique presque continuel ; fièvre avec paroxysmes le soir. (Vésicatoire volant ; boissons émollientes. Cet état persiste, l'appétit reste languissant, l'amaigrissement s'accroît ; cependant la face, quoique très-pâle, reste pleine et comme boursouflée. Les mois de novembre et de décembre se passent sans autre changement, les hémoptysies reviennent à plusieurs reprises, et la malade sort en janvier.

Le 9 mars, elle me demande de la recevoir de nouveau à l'hôpital. L'amaigrissement depuis la sortie s'est accru ; la toux persiste et l'expectoration est habituellement sanguinolente. On entend, à deux ou trois travers de doigt de la clavicule droite, un souffle caverneux avec râles muqueux parfois très-gros et gargouillements. Le foie dépasse le rebord costal. La fièvre, modérée tout d'abord, prend plus d'intensité ; quelques jours plus tard survient de la diarrhée ; l'amaigrissement progresse ; la malade s'épuise de plus en plus, elle tombe dans le marasme et succombe le 20 mars 1861.

Autopsie. — Léger œdème des membres inférieurs. Le cerveau et les nerfs qui en émanent sont sains. Les organes des sens ne peuvent être examinés, le cadavre ne devant pas être défiguré. Le poumon gauche est intact ou seulement œdémateux. A droite, au contraire, les trois lobes sont affectés ; le lobe supérieur est encore un peu crépitant à son sommet, mais plus bas ce même lobe induré présente plusieurs excavations. Des cavités analogues se rencontrent dans le lobe moyen et à la partie supérieure du lobe inférieur. Séparées les unes des autres par des cloisons souvent incomplètes, ou des brides fibreuses plus ou moins étendues, les plus vastes peuvent contenir un œuf de pigeon ; elles ont des parois parfaitement lisses et polies ; elles sont situées au milieu d'un tissu grisâtre ferme et résistant à la pression, et qui ne s'affaisse ni ne se déchire. Nulle part on ne trouve la moindre trace de tubercule, et d'ailleurs ces cavernes sculptées dans le tissu induré indiquent suffisamment qu'il ne s'agit pas de tuberculisation, mais bien d'une pneumonie chronique.

Le foie, plus volumineux qu'à l'état normal, déborde les fausses côtes ; sa coloration lui donne l'aspect de la noix muscade ; de nombreuses taches jaunes, légèrement irrégulières, se dessinent à sa surface sur un fond brunâtre. La capsule de Glisson, épaissie au niveau du ligament suspenseur, offre avec le diaphragme plusieurs adhérences plus ou moins lâches. Sur la face convexe se remarquent des sillons profonds ayant des directions variables et présentant à leur niveau un épaississement de la capsule ; les lèvres de ces sillons sont unies par des tractus de tissu conjonctif ; même altération à la face concave. Des faisceaux fibreux tapissent le fond des cicatrices, les cellules hépatiques du voisinage sont granuleuses et atrophiées, la trame fibreuse du foie est épaissie. La rate et le corps thyroïde sont augmentés de volume et un peu indurés. Les reins sont assez normaux, les ovaires et l'utérus ont le développement qui s'observe chez une jeune fille de huit à dix

ans. Les ovaires, à l'état rudimentaire, ne contiennent pas de vésicules de Graaf; l'utérus est relativement très-petit, le pénil extrêmement glabre. La menstruation n'a jamais eu lieu, et tout porte à croire qu'il n'y a pas eu de rapports sexuels; ceux-ci étaient d'ailleurs presque impossibles à cause de l'étroitesse remarquable de la vulve et du vagin.

On pourrait contester ici la réalité de la syphilis; mais les renseignements qui nous ont été fournis par la malade, et cela à plusieurs reprises, la mort prématurée de la plupart de ses frères et sœurs, l'arrêt de développement, l'état particulier du système dentaire et la perte des cheveux sans cause appréciable, comme aussi les caractères des lésions constatées à l'autopsie, ce sont là autant de preuves qui militent en faveur d'une maladie syphilitique, et d'ailleurs comment se rendre compte autrement des nombreux accidents éprouvés par cette femme depuis sa naissance jusqu'au moment de sa mort? La syphilis une fois admise, n'est-il pas rationnel de supposer que l'altération particulière du poumon et la lésion hépatique sont ici un effet direct de cette maladie?

La lenteur d'évolution de l'affection pulmonaire, sa localisation à un seul lobe avec intégrité des sommets des deux poumons, les altérations spéciales de l'iris et de l'un des testicules, l'exostose du tibia, telles sont les circonstances diverses qui nous ont conduit à admettre, dans le cas qui suit, l'existence d'une manifestation pulmonaire d'origine syphilitique. Ajoutons que l'état anatomique des glandes lymphatiques vint confirmer ce diagnostic.

Blennorrhagie, chancre et iritis, désordres cérébraux, dépérissement, cachexie et mort. Altération de la substance cérébrale; pneumonie chronique et gommes pulmonaires; choroïdite pigmentaire, périorchite.

Obs. XLIV. — T..., âgé de quarante-deux ans, est un homme robuste, qui pour toute maladie a eu autrefois une blennorrhagie et un chancre. Il y a quelques années, il a été pris de douleurs dans l'un des yeux; l'examen de cet œil indique suffisamment qu'il s'est agi d'une iritis, car la pupille déformée adhère aux parties voisines. Dans l'aine, on trouve plusieurs ganglions, petits, isolés, durs et mobiles. Physionomie hébétée, regard fixe, vue faible, parole embarrassée, lente; démarche incertaine, difficile; la station verticale ne peut être longtemps supportée; les membres inférieurs sont faibles, œdématiés; les urines ne sont pas albumineuses. Le tibia droit est le siége d'une hyperostose; la peau est lisse, pâle et fine. Toux suivie d'expectoration peu abondante ou nulle; matité à la percussion, à deux travers de doigt au-dessous de l'épine de l'omoplate gauche, absence du murmure vésiculaire, léger souffle à ce même niveau; sonorité et respiration normale de l'autre côté. L'appétit est peu développé; il y a de l'amaigrissement depuis quelque temps, les forces faiblissent de jour en jour. Absence de fièvre. (Liqueur de Van Swieten, deux cuillerées par jour.)

Au bout de quelques jours, l'embarras de la parole paraît diminuer, la faiblesse de la mémoire et des facultés intellectuelles est moindre, le malade raisonne et répond plus sûrement aux questions. Dix jours plus tard, diarrhée, langue blanche, anorexie, léger état fébrile. Suppression de la liqueur de Van Swieten, une pilule opium. La diarrhée cesse; mais l'œdème des jambes s'accroît, il gagne les parois abdominales. Vers la fin de février, oppression plus considérable, toux plus fréquente, expectoration de crachats striés, purulents, haleine fétide et repoussante, gros râles muqueux à la partie postérieure du poumon gauche, à partir de l'épine

de l'omoplate, souffle peu prononcé, matité à la percussion et défaut d'élasticité. L'existence de ces signes vers la partie moyenne et inférieure d'un poumon, quand le sommet de ce poumon et le poumon du côté opposé étaient parfaitement intacts, et la concomitance de manifestations syphilitiques évidentes, firent supposer l'existence d'une affection syphilitique du poumon. Malheureusement le dépérissement du malade, l'état avancé de cachexie dans lequel il se trouvait, rendirent impossible toute médication spécifique. L'oppression, la toux, l'expectoration continuèrent ; la fièvre eut des paroxysmes nocturnes, le dépérissement fit des progrès, et la mort arriva le 15 mars 1861.

Autopsie. — Légère hyperostose du tibia droit, crâne normal, méninges intactes, cerveau mou ; on constate en quelques points, à l'examen microscopique, l'existence de granulations brunâtres ou jaunâtres, des amas de corps granuleux sur le trajet des vaisseaux de la substance grise. A gauche, l'iris est recouvert d'un exsudat blanchâtre, il adhère au cristallin, la pupille est déformée, choroïdite exsudative et pigmentaire, quelques granulations sur le trajet des vaisseaux rétiniens.

Adhérences entre le poumon droit et la paroi thoracique; œdème à la base de cet organe, sain d'ailleurs. Le lobe inférieur du poumon gauche adhère intimement, à l'aide de fausses membranes épaisses, au thorax et au diaphragme ; il existe deux petites tumeurs ramollies au niveau de l'adhérence diaphragmatique. Incisé dans toute son étendue, ce lobe, d'une dureté remarquable, présente trois grandes excavations anfractueuses remplies d'une matière blanche d'apparence caséeuse ; creusées dans le parenchyme du poumon, ces excavations sont tapissées d'une couche de substance pultacée qui ne diffère pas du contenu caséeux. Le tissu du poumon est très-fortement induré au voisinage de ces excavations, à la coupe il offre une surface lisse, grisâtre, marbrée, résistante comme le caoutchouc et impossible à pénétrer avec le doigt ; les bronches qui aboutissent à ces cavités ont leur muqueuse épaissie, ridée, rouge, violacée et granuleuse. Le lobe supérieur n'est pas altéré, il est seulement œdémateux, il n'offre pas trace de tubercules ; quelques-uns des ganglions bronchiques sont indurés, noirâtres, lisses à la coupe. Le foie n'est pas altéré ; les reins laissent apercevoir à leur surface quelques sillons cicatriciels, ils sont d'ailleurs sains. Adhérence des deux feuillets de la tunique vaginale ; épaississement par plaques de la tunique albuginée ; substance testiculaire jaunâtre et atrophiée. Rate et corps thyroïde augmentés de volume. Quelques-uns des ganglions prévertébraux, plus volumineux et plus mous, offrent à la coupe une coloration rosée ou jaunâtre.

La syphilis nous paraît toujours en cause dans le fait suivant. Un homme âgé de cinquante ans, autrefois atteint d'un chancre syphilitique et d'une hémiplégie qui, sous l'influence d'un traitement spécifique, disparut complétement, se présente à notre examen dans le mois de novembre 1872. Il avait alors une double orchite syphilitique, le foie volumineux, de la submatité dans le tiers moyen du poumon gauche avec diminution du murmure vésiculaire en ce point. Le poumon droit était absolument intact, l'expectoration fort peu abondante, de sorte que j'avais été conduit à diagnostiquer une affection syphilitique. Ce malade, malgré un traitement ioduré, mourut dans le marasme au commencement de mars; malheureusement l'autopsie ne put être faite.

En regard des observations qui précèdent, on peut placer un certain nombre de faits, destinés à montrer les avantages que l'on peut obtenir d'un traitement approprié dans des circonstances en apparence très-graves, où la syphilis a pu être suspectée.

Swediaur (*Mal. syph.*, p. 169) raconte que P. Frank a radicalement guéri, par

un traitement mercuriel, une phthisie accompagnée d'un crachement de sang, d'une expectoration purulente et de l'émaciation la plus complète. C'est vraisemblablement cette observation que rapporte J. Frank dans une note de son *Traité de Pathologie interne* (t. IV, p. 267). Je trouve, nous dit-il, dans les notes de mon père, la relation suivante : « Ann. 1785, virum placentinum curavi, qui herpete venereo ad perinæum laborans, simul ad pectus dextrum, de dolore conquerebatur, et post prægressa jam sputa sanguinis, cumque febri lenta et emaciatione, sputabat exigua sputa purulenta cum punctis sanguineis sæpe remixta. Credidi eamdem herpeticam materiem pulmones exedere in parva licet superficie ; neque huic causæ est multum puris fundere, sed in superficie potius divagari amat. Curam mercurialem adhibui, et sputa et dolores pectoris plurimum diminuebantur, febris lenta disparuit successive et vires et naturalis forma emaciato corpori satis bene iterum restituebantur. » Parmi les faits que renferme la thèse de Lagneau (1), il en est deux dont les symptômes, assez semblables à ceux de la pneumonie chronique, ont paru favorablement influencés par un traitement spécifique. Leudet a rapporté l'observation d'un homme de 35 ans qui présentait un amaigrissement réel, de la toux, de la dyspnée au moindre exercice, une expectoration spumeuse peu abondante, et chez lequel il constata de la matité au sommet gauche de la poitrine avec inspiration rude, expiration prolongée, et bronchophonie sans râles. Soumis à l'usage de l'iodure de potassium, des pilules mercurielles et des bains sulfureux, ce malade, qui avait en même temps un testicule syphilitique, guérit en quelques mois ; la voix légèrement altérée reprit son timbre normal, la dyspnée et la toux disparurent, il y eut un retour complet de la respiration au sommet gauche du poumon. Les eaux de Bagnères-de-Luchon achevèrent le traitement ; là le malade reprit son embonpoint et ses forces. Le fait suivant m'a été raconté par le professeur Gubler. « Un homme robuste, depuis longtemps inquiété d'une maladie de poitrine qu'il ne pouvait guérir, partit pour Londres, dans le but de s'y faire traiter par un médicastre anglais. Ayant épuisé ses ressources, il revint plus malade qu'il n'était parti. Il entra à Beaujon dans mon service, et je constatai l'existence de gros râles et d'une sorte de gargouillement vers les sommets des poumons. Pensant à des excavations tuberculeuses, je portai un pronostic grave ; les choses en étaient là, quand j'aperçus une exostose siégeant sur la crête du tibia et qui, d'après le malade, était de même date que l'affection pulmonaire. Je saisis cette indication avec empressement, j'administrai alternativement la liqueur de Van Swieten et l'iodure de potassium, et je fus assez heureux pour voir disparaître tous les accidents avec une rapidité vraiment surprenante. Bientôt après le malade reprit son embonpoint. » Giutrac, Dujardin-Beaumetz et Landrieux ont aussi rapporté des faits de syphilis pulmonaire que l'on trouvera consignés dans la thèse de ce dernier. A ces faits il me serait facile d'ajouter plusieurs observations personnelles ; mais je me contenterai de rapporter les deux cas suivants :

(1) Thèse cit., observ. XXXIX et XLIV. L'une de ces observations, d'abord insérée dans le *Journal de médecine* de 1826, t. XCV, se trouve rapportée dans les *Annales de la médecine physiologique de Broussais*, t. VII, p. 576, sous le titre de *Pneumonie chronique réputée vénérienne* ; l'autre est empruntée au travail de W. Munk, *London med. Gaz.*, 1849.

Obs. XLV. — La nommée Q..., âgée de vingt-quatre ans, femme grande et forte, fut atteinte, il y a deux ans, d'une angine qui ne dura pas moins de deux mois; elle a eu autrefois deux enfants qui ont succombé à la suite de convulsions peu de temps après leur naissance. Aujourd'hui on constate une destruction partielle du voile du palais, des dépressions cicatricielles à la racine des cheveux, une cicatrice allongée et blanchâtre au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Depuis deux mois, cette malade éprouve de l'essoufflement, des douleurs dans les côtés; elle a de la dyspnée, une toux rauque qui s'accompagne d'une expectoration constituée par un liquide clair contenant des grumeaux jaunâtres. La percussion donne une obscurité du son très-manifeste au niveau de la fosse sus-épineuse, et l'auscultation permet de reconnaître la diminution du murmure vésiculaire en ce point. On entend d'ailleurs, dans le reste de l'étendue des poumons, un sifflement laryngo-trachéal qui voile le murmure vésiculaire. (Liqueur de Van Swieten, deux cuillerées par jour.)

Sous l'influence de cette médication continuée pendant plus d'un mois, la toux diminue, l'expectoration et la matité disparaissent, et la respiration semble revenir à l'état normal. Cette malade quitte l'hôpital, le 16 juin, dans un état de guérison presque complète. A part l'altération du poumon, que révélaient ici la matité et la modification de la respiration, il y a lieu de se demander, vu l'existence du sifflement trachéal, si la trachée ou l'une des bronches n'était pas altérée.

Obs. XLVI. — Dans le courant du mois d'avril de l'année 1861, je fus appelé à examiner un homme robuste et bien constitué qui n'avait dans sa famille aucun antécédent tuberculeux. Cet homme accusait, comme affections antérieures, un chancre, des maux de gorge et une éruption très-peu abondante. A part ces accidents, il avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'au mois de janvier dernier, époque à laquelle étaient survenus de la toux, de la gêne de la respiration, la diminution de ses forces, et de l'amaigrissement. Après avoir eu plusieurs hémoptysies, il expectore aujourd'hui des crachats jaunâtres, épais et abondants. Sonorité moindre à droite, au-dessous et au niveau de l'épine de l'omoplate, normale à gauche. Dans une grande étendue du lobe supérieur du poumon droit, s'entendent un souffle un peu creux et des râles, phénomènes qui me portent à diagnostiquer l'existence d'une caverne. A gauche, la respiration est rude et exagérée, sans bruits anormaux appréciables. Ce malade est amaigri; son teint est jaunâtre, terreux; ses forces déclinent chaque jour; il a dé l'essoufflement et de la dyspnée, et en même temps il présente à l'extrémité inférieure de l'humérus gauche une hyperostose qui a presque le volume des poings d'un adulte, tellement que la flexion de l'avant-bras sur le bras ne peut s'effectuer que d'une façon incomplète, quoique les surfaces articulaires soient restées intactes. Cette dernière affection, sur l'origine de laquelle je ne pouvais conserver le moindre doute, me porta à prescrire le sirop d'iodure de fer. Le malade partit pour la campagne, et plus tard, lorsque sa santé fut un peu améliorée, je lui fis prendre de l'iodure de potassium. Au bout d'un an l'extrémité inférieure de l'humérus avait repris son volume normal, les mouvements de l'avant-bras sur le bras étaient libres; du côté de la poitrine je constatai une amélioration notable, il existait seulement une faiblesse respiratoire et quelques râles à droite, sans souffle appréciable. La toux était moins fréquente, l'expectoration presque entièrement tarie. Quelque temps après, j'appris que ce malade venait d'être atteint d'une hémiplégie. Traitée par les moyens ordinaires, cette affection s'améliora un peu; plus tard survint une nouvelle attaque qui emporta rapidement le malade.

Bien qu'ils manquent de contrôle anatomique, ces derniers faits, quelle que soit la valeur qu'on veuille bien leur accorder, serviront au moins à fixer l'attention des observateurs sur les affections syphilitiques des organes de la respiration. N'auraient-ils d'autre avantage, que nous croirions qu'ils ne sont

pas sans utilité, car il importe de savoir que les lésions chroniques des poumons dépendent souvent d'un vice constitutionnel.

ARTICLE VIII. — APPAREIL DE L'INNERVATION.

BIBLIOGRAPHIE. — ULRICH DE HUTTEN et PARACELSE, voy. *Aphrodisiacus* de Gruner p. 130 et 134, indiquent l'existence de la paralysie syphilitique. — THIERRY DE HÉRY, *La méthode curatoire de la maladie vénérienne*. Paris, 1552. — E. J. C. HOUSTET, *Diss. sur des parties sensibles du corps animal*, etc., *suivie d'un mém. sur les avantages des frictions merc. dans le traitement de quelques épilepsies idiopathiques*. Lausanne, 1770. — VAN SWIETEN, *Comment. in Boerhaavii Aphorismos*, 1773. — PROST, *Médecine éclairée par l'ouverture des corps*, t. II, p. 59. Paris, 1804. — LALLEMAND, *Recherch. anat. pathol. sur l'encéphale*. Paris, 1834, t. III, p. 105. — DUHAMEL et LEGRAND, *Recherches sur les désordres que le virus syphilitique peut causer sur le cerveau*, Journ. des conn. méd.-chir., 1835, p. 448. — CH. BELL, *The nervous system of the human Body, with an appendix of cases and consultations on nervous diseases*. London, 1836. — BUDD, *Cases of apoplexy consequent of syphilis*. London med. Gaz., 1842. — EBRARD, *Névroses syphilitiques*, Gaz. méd. de Paris, 1843. — DITTRICH, Prager Vierteljahrschrift, t. IV, p. 97, 1845. — RAYER, *La syphilis cérébrale ou méningienne*, Annales de thérapeutique, t. V, 1847-1848. — SCHUTZENBERGER, *Syphilis simulant les troubles encéphaliques*, Gaz. méd. de Strasbourg, 1850, p. 708. — BEDEL, *Syphilis cérébrale*. Thèse de Strasbourg, 1851. — LUCAS CHAMPIONNIÈRE, dans Journ. de méd. et de chirurg. pratiques, 1851. — YVAREN, *Des métamorphoses de la syphilis*, 1854, et *Des lésions cérébrales liées à la syphilis*, Gaz. méd. de Lyon, 1858, n° 20. — FAURÈS, dans Soc. de méd. de Toulouse, 1853-1854, n° 29, et dans Gaz. hebd., 1855. — ENGESLTEDT, *Ueber syph. Aff. des Centralnerven systems*, dans Behrend's Syphilidologie. Erlangen, 1858. — HILDENBRANT, *De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale*. Thèse de Strasbourg, 1859. — FR. ROTH, *Syphilitische Gummageschwulst der harten Hirnhaut*, Aerztl. Intellig-Bl., n° 37, 1859. — PH. MUNCH, *Hemiplegia syphilitica*, dans Deutsche Klinik, n° 47, 1859. — GUST. BREMME, *De paralysi centrali syphilidem secuta, casus singularis descriptione illustrata*. Berlin, 1859. — E.-L. BERTHERAND, *Recherches sur les névroses syphilitiques*. Bruxelles, 1860. — G. LAGNEAU, *Maladies syphilitiques du système nerveux*. Paris, 1860. — GRIESINGER, dans Archiv der Heilkunde, 1860. — L. GROS et LANCEREAUX, *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1861. — L. MEYER, dans Allg. Zeitschrift für Psych., XVIII, p. 287, 1861. — TUNGEL, *Chronische Gehirnkrankheit mit Beziehung zu constitutionnell. Syphilis*, dans Klinisch. Mittheilungen, etc., Hamburg, 1859, p. 39, 1861, p. 89. — LADREIT DE LA CHARRIÈRE, *Des paralysies syphilitiques*. Thèse de Paris, 1861, n° 569. — LEUBUSCHER et HENOCH, *Comm. à la Société de médecine de Berlin sur les affections syphilitiques du système nerveux*. Deutsche Klinik, n° 6, 1861, et Gaz. hebd., p. 268, même année. — JACKSON, Med. Times and Gaz., June 22, p. 648, 1861. — H. LEE, *De quelques irritations nerveuses réflexes dues à l'altération syphilitique des os du crâne*. Med. Times and Gaz., p. 641, 15 June 1861. — A. ZAMBACO, *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1862. — SONREL, *Sur les paralysies syphilitiques*. Thèse de Strasbourg, 1862. — GOODWIN, *Syphilitic affection of the brain*. The Lancet, 19 July, 1862. — RUSSELL, Med. Times and Gaz., Feb. 8, 1862, et Oct. 17, 1864.—LE MÊME, British med. Journ, Febr. 12, 1870.— DUNCAN, *Cases of syphilitic insanity and epilepsy*. Dublin Quarterly Journ., Feb. et May, vol. XXV 1863. — E. WAGNER, *Das Syphilom des Nervensystems*, Archiv der Heilk., t. IV, p. 161, 1863.—SCHUPP, *Chronisch. Hirnerkrank. mit Bezieh. zu constitutionnel. Syphilis*. Deutsche Klinik, 22 et 23, 1863. — S. WILKS, *On the syphilitic affections of internal organs*, Guy's hospital Reports, 3e série, IX, p. 1, 1863. — WESTPHAL, *Zwei Fälle von Syphilis des Gehirns*, Allgem. Zeitschr. fur Psychiatrie, XX, 5 et 6, p. 481. — TH. READE, *Tertiary Syphilis*, Dublin Journal, XXXVI, p. 324, et British med. Journ., July, 23, 1870. — LEVEN, Gaz. méd. de Paris,

1864. — Lancereaux, *Études sur les lésions viscérales syphilitiques*. Gaz. hebd., 1864. — Jarsch, *Ueber Syphilis innerer Organs*. Prager med. Wochenschrift, t. I, 1864, et Schm. Jahrb., t. CXXII, p. 298. — Max. Leidesdorf, *Ueber Gehirnsyphilis*, Wien. med. Jahrb., XX, 2, p. 112, 1864. — E. Winge, *Meningitis spinalis gummosa*, Nörsk. Magazin, XVIII, 1, p. 84. — J. H. Mathias, *Un cas de syphilis tertiaire*. Thèse de Strasbourg, 1865. — W. Moore, *Paralysie syphilitique et son traitement*, The Dublin quart. Journ. of med. Science, mai 1866. — Coco Diego, *Contrib. au diagn. de la syphilis cérébrale*, Il. Morgagni, IX, p. 531, 1867. — Hess. *Zur Diagnose der Hirnsyphilis*, inaug. Diss. Zurich., 1868. — Hill, *Gomme de la base du crâne, épilepsie et albuminurie*. Brit. med. Journ. 24 mars, p. 224, 1868. — Ramskill, *Cas de paralysie syphil. terminé par la mort*, The Lancet, t, 26, 1868, et 13 mars 1869. — J. Russell et Hughlings Jackson, *Cas d'affect. nerv. syphilit.*, Med. Times and Gaz., Jun. 6, p. 604, 1868. — Hugh. Jackson, The Lancet, II, 17 oct. 1868; 24 déc. 1869. — W. Moxon, *Contribut. à l'hist. de la syph. viscérale*, Guy's Hosp. Reports, ser. III, t. XIII, p. 329, 1868, et The Lancet, 25 sept. 1869. — D. B. Moore, Brit. med. J., 4 July 1868. — T. Clifford Albutt, *Cases of syphil. disease of the nervous system*, St-Georges Hosp. Reports, t. IV, p, 44, 1869. — Zeissl., *Zur Lehre von der Gehirnsyphilis*, Wien. med. Press, X, 52. — R. Pierson, *Beitrag zur Cazuistik der Hirnsyphilis*, Inaug. Diss. Stuttgart, 1869. — C. Rittershausen, *Die Syphilis des Gehirnes und seinen Hüllen*, Inaug. Diss. Berlin, 1870. — E. L. Keyes, *Syphilis of the nervous system*. The New-York med. Journ., nov. 1870. — Lancereaux et Lackerbauer, *Atlas d'anatomie pathologique*, p. 387 et 449, pl. 41, fig. 1, pl. 46, fig. 3, et pl. 48, fig. 5. — Tarnowsky, *Recherches sur l'aphasie syphilitique*. Paris, 1870. — O. Heubner, *Ueber Hirnerkrankung der Syphilitischen*, Archiv. d. Heilkunde, 1870, p. 272. — Flechsig, *Bemerk. ueber Meningitis luetica*, Inaug. Diss. Leipzig, 1871. — Albik Ljunggren, *Beobacht. ueber visceral Syphilis*, Archiv für Dermatolog. und Syphiligr., t. II, 1870. — Russell de Birmingham, *Cas de paralysie syphilitique*, Med. Times and Gaz., Febr. 25, p. 219, 1871. — Owen Rees, *Remarks on cerebral disease, having its origin in syphilis*, Guy's Hosp. Reports, XVII, p. 249, 1872. — J. Bitterlin, *De l'hémiplégie syphilitique*, Thèse de Paris, 1872. — Galleraud, *Syphilis cérébrale*, Archives de méd, navale, t. XVIII, p. 199, 1872. — Mildner, Wien. med. Wochenchr. XXII, 1872.

Les affections syphilitiques du système nerveux n'étaient pas entièrement ignorées des premiers syphiligraphes (Ulrich de Hutten, Paracelse, etc.), puisque dès le XVIe siècle on trouve des observations touchant ces manifestations. Nicolas Massa (1) rapporte un fait de manie syphilitique qui paraît lié surtout à l'intensité des douleurs ostéocopes. « Un jeune homme de vingt-cinq ans se livre à un coït impur ; il contracte des ulcères profonds qui s'accompagnent de pustules disséminées sur tout le corps. Chaque soir, au coucher du soleil, il éprouve des douleurs de tête très-intenses dont la malignité, en atteignant les ventricules du cerveau, lui cause des accès de manie aiguë. Ce jeune homme guérit complétement par l'emploi de quelques minoratifs, des pilules indiennes, etc. » Thierry de Héry établit, dès 1634, que la syphilis peut traîner à sa suite des accidents nerveux ; il cite le spasme et raconte qu'il a traité un homme affecté d'épilepsie et de syphilis par les remèdes propres à cette dernière, et cet homme fut délivré de deux maladies (2).

L'ouvrage célèbre d'Astruc renferme des passages nombreux relatifs aux accidents syphilitiques de l'appareil cérébro-spinal. Presque tous les désordres encéphaliques y sont signalés : la migraine, le vertige, les convulsions,

(1) N. Massa, *De morbo Gallico liber*, cap. VII, *Aphrodisiacus*, p. 56.
(2) Thierry de Hery, *La Méth. curat.*, etc., p. 15.

l'épilepsie, la paralysie, la sciatique, l'insomnie, etc.; malheureusement Astruc borne là ses assertions par trop vagues, sans se préoccuper davantage des caractères propres à chacune de ces manifestations.

On lit dans Van Swieten (1) : « Sæpe observantur cerebri læsiones in lue venerea inveterata, a levissima vertigine ad lethalem apoplexiam usque : pessimam epilepsiam, cæcitatem, surditatem, etc. vidi in lue venerea inveterata, quæ tunc media ossa occupare solet, præcipue in cranio. » Les désordres cérébraux syphilitiques sont, pour cet auteur, indirects ou consécutifs plutôt que primitifs. Benj. Bell (2) donne de l'épilepsie et de la manie syphilitiques des observations pleines d'intérêt. Cirillo (3) pense que l'épilepsie peut être syphilitique, il cite un fait à l'appui de cette manière de voir. J. Frank, Maisonneuve, Lagneau, Lallemand, Baumès, s'accordent à signaler l'existence de troubles cérébraux engendrés par la syphilis, et particulièrement l'épilepsie. Ricord, Cullerier, Vidal, ont vu et rapporté des faits du même genre avec autopsie. Rayer, Schutzenberger, Yvaren et plusieurs autres auteurs ont laissé des observations intéressantes sur ce même sujet. La plupart de ces faits se trouvent consignés dans les traités de G. Lagneau, de Gros et Lancereaux. Virchow, Wilks, Meyer, Tüngel, Ladreit de la Charrière, Zambaco et l'auteur de ce livre ont ajouté de nouvelles observations à l'histoire de la syphilis du système nerveux, qui chaque jour prend un développement plus considérable. C'est à l'aide de ces matériaux que nous nous proposons d'étudier successivement les affections des enveloppes, des centres et des cordons nerveux.

§ 1. — Méningite syphilitique.

Étude anatomique. — La dure-mère est de toutes les enveloppes cérébrales celle qui subit les atteintes les plus fréquentes de la syphilis. Les altérations qu'on y rencontre sont les unes diffuses et analogues à la pachyméningite chronique, les autres circonscrites et semblables aux tumeurs gommeuses. Dans certains cas, ces deux formes coexistent, et pour peu que les méninges molles, la substance encéphalique même, sinon les os du crâne, prennent part au processus syphilitique, on trouve la dure-mère soudée et réunie aux enveloppes sous-jacentes à l'aide d'une substance jaunâtre qui pénètre jusque dans la substance nerveuse.

La pachyméningite syphilitique diffuse est externe ou interne suivant que l'un ou l'autre des deux feuillets de la dure-mère est plus particulièrement affecté. La pachyméningite externe (endocranite) est le plus souvent accompagnée de lésions osseuses (épaississement ou atrophie, exostoses, périostoses, etc.). L'importance de cette altération dépend de son étendue et de son siége : on conçoit que des altérations même légères, situées sur le trajet des nerfs cérébraux, parviennent à troubler leurs fonctions ; au contraire, des exostoses et des tumeurs gommeuses de la voûte crânienne ne détermi-

(1) *Commentaria in H. Boerhaavii Aphorismos*, Paris, 1773, t. V, p. 371.
(2) *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, t. II, Paris, 1802.
(3) *Traité complet des maladies vénériennes*, trad. franç. de Auber, Paris, 1803.

nent quelquefois aucun désordre notable. La pachyméningite interne coïncide plutôt avec des altérations de la pie-mère et du cerveau. Rhodius (1) donne l'histoire d'un paysan attaqué de la vérole dans la dure-mère duquel il découvrit trois concrétions solides blanches. Dans un cas observé par Bayle et Kergaradec (2), il existait sous la dure-mère adhérente aux os du crâne quatre tumeurs dures ayant chacune le volume d'une noix ; la pie-mère et l'arachnoïde étaient épaissies, indurées et injectées, la substance cérébrale était altérée sur plusieurs points. Rayer a rapporté l'observation suivante :

Un homme de quarante ans, affecté d'ulcères siégeant au voile du palais et d'un ozène syphilitique, éprouve des douleurs ostéocopes dans la tête et les extrémités, des vertiges, de la faiblesse dans les membres et de la surdité à droite. Plus tard il est pris de violentes convulsions épileptiformes, qui sont suivies du coma et de la mort. Les membranes d'enveloppe de l'hémisphère droit sont lardacées, adhérentes entre elles et avec le cerveau, principalement vers la base. Dans la fosse du rocher, à droite, existe une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, adhérant fortement à l'os, lardacée, évidemment formée de lymphe plastique et en tout analogue à une gomme ; le cerveau est ramolli dans tous les points où existent des adhérences ; pas de caillots apoplectiques ; la partie osseuse sur laquelle repose la tumeur est dénudée et rugueuse.

Lallemand (3) cite un cas de Sanson dans lequel le crâne est épaissi ; la dure-mère, friable au niveau de l'extrémité antérieure de l'hémisphère gauche du cerveau, est le siége d'une tumeur squirrheuse, trilobée, du volume d'une petite noix, d'un blanc grisâtre, un peu jaunâtre, qui par sa face interne se continue avec la substance blanche du cerveau.

Les tumeurs syphilitiques de la dure-mère ont leur siége dans l'épaisseur de cette membrane, et font saillie sur l'une ou l'autre de ses faces ; elles sont arrondies ou aplaties, constituées à leur périphérie par un tissu grisâtre ferme, résistant, à leur centre par un noyau jaunâtre plus ou moins ramolli. Situées d'ordinaire à la convexité des hémisphères, à la partie antérieure de la base du cerveau, dans le voisinage de la troisième circonvolution antérieure et au niveau de la fosse basilaire (4), elles sont constituées par une trame fibreuse au sein de laquelle sont contenus, dans des espaces losangiques, des noyaux libres très-réfringents et granuleux, avec nucléole excentrique brillant, et des cellules arrondies ou ovoïdes renfermant un ou plusieurs noyaux semblables. Au centre de la tumeur, la trame disparaît en partie et les alvéoles paraissent formés par l'agencement de cellules fusiformes, si elles ne sont entièrement effacées. C'est en ce point que commence à se produire la dégénérescence granulo-graisseuse à laquelle les productions syphilitiques sont pour ainsi dire fatalement vouées.

Ces tumeurs assez généralement accompagnées d'une inflammation des parties voisines présentent des adhérences plus ou moins intimes avec l'arach-

(1) Centur. I, obs. XXXIII. Citation de W. James. *Dictionnaire universel de médecine*, t. IV, p. 978, traduction française de Diderot, etc. Paris, 1847. — Bonet cite aussi le cas de Rhodius, et de plus un cas de Molinetti, et un autre de Marchetti (*Sepulchretum*, 1679, p. 1669).

(2) *Nouvelle Bibl. méd.*, février 1823. — L. Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 252.

(3) *Recherches anatom. patholog. sur l'encéphale*, lettre VII, n° 2.

(4) Lancereaux et Lackerbauer, *Atlas d'anatomie pathologique*, pl. 41, fig. I, obs. CCXLIV.

noïde et la pie-mère. Dans quelques cas, ces adhérences sont si considérables, et le dépôt syphilitique est si intimement lié à la pie-mère, qu'il devient difficile de savoir à quelle membrane il appartient plus spécialement. La substance cérébrale, elle-même, est souvent affectée, elle renferme quelquefois des tumeurs gommeuses, fréquemment elle est le siége d'une encéphalite partielle ou d'un ramollissement ischémique résultant d'une oblitération artérielle. Virchow a noté, dans un cas de ce genre, l'obturation de la carotide cérébrale (1), avec ramollissement cérébral. J'ai moi-même, depuis longtemps, insisté sur l'oblitération artérielle consécutive à la syphilis. Meyer a rapporté plusieurs cas d'obstruction des artères cérébrales avec lésions des méninges; quelques-uns de ces cas sont fort contestables, mais pourtant celui qui suit laisse peu à désirer :

G. H... éprouva d'abord plusieurs accès épileptiformes, plus tard une céphalalgie persistante et des vertiges, puis une hémiplégie gauche incomplète avec embarras de la parole; en dernier lieu : délire et coma, tremblement, soubresauts des membres et la mort. La surface extérieure de la dure-mère, au niveau du lobe antérieur gauche, est épaissie, âpre, rugueuse, injectée; la table interne adhère au cerveau dans une étendue d'environ trois pouces carrés, par l'intermédiaire d'un dépôt de tissu fibroïde dans lequel se trouvent trois masses fibrineuses, denses, opaques et blanchâtres; ces masses, qui ont le volume d'une noisette, pénètrent en partie dans le cerveau, dont la substance grise n'est plus reconnaissable; dans le corps strié gauche existe un kyste du volume d'une noisette, la moitié antérieure du corps strié droit est congestionnée et ramollie; thrombose ancienne de la carotide interne gauche; cicatrices et gommes du foie; dentelures de l'épiglotte (2).

Roth (3) a publié un cas qui, au point de vue de l'altération de la dure-mère, ne manque pas d'analogie avec le précédent.

Un homme de cinquante-deux ans avait eu un chancre de la verge, sans autre symptôme syphilitique. Six semaines avant son entrée à l'hôpital, ce malade présentait une tumeur semi-dure du crâne et se plaignait, la nuit surtout, de douleurs de tête (onctions mercurielles); trois jours après son entrée, il fut pris de convulsions épileptiformes; le surlendemain, fièvre ardente, pneumonie du poumon gauche suivie de mort. Une cicatrice étoilée et étendue existe à la partie supérieure de la poitrine. A la surface du crâne, cicatrices multiples et anfractuosités dues à des tumeurs assez petites, d'un blanc jaunâtre et fibreuses; au niveau de l'extrémité antérieure du lobe gauche du cerveau, une tumeur lisse, circonscrite, traverse la dure-mère et la soude aux parties voisines. Pneumonie et pleurésie à gauche; le foie est volumineux, son bord antérieur est tuméfié, et vers la partie moyenne du lobe droit on constate deux cicatrices superficielles; plus profondément existent trois tumeurs dures arrondies, juxtaposées; rate tuméfiée. Les tumeurs de la dure-

(1) Virchow, *Archiv f. pathol. Anat. und Physiol.* t. I, p. 325, 1847. — Bristowe, *Trans. path. Soc.*, 1859, t. X, p. 21, a aussi constaté, dans un cas semblable, l'oblitération de la carotide. Gildemeester et Hoyack (*Nederl. Weekbl. v. Geneesk*, 1854, janv. n° 4), ont observé l'obstruction de l'artère sylvienne par une cause analogue — Boning, *Deutsche Klinik*, 1861, n° 43, et Passavant, Virchow's *Archiv*, t. XXV, p. 171, ont vu l'un l'artère carotide interne et l'artère de Sylvius, l'autre le tronc basilaire également altérés. Dans un cas observé par de Graefe, *Archiv für Ophthalmol.*, 1860, t. VII, p. 34, plusieurs vaisseaux de la base étaient oblitérés par suite de la compression produite par une tumeur volumineuse.

(2) *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, XVIII, p. 287, et Schmidt's *Jahrb.*, t. CXIV, p. 312, 1862.

(3) Roth, *Bayerisches aerztliches Intelligentzblatt*, 1859, n° 37.

mère et du foie sont d'un rouge grisâtre, elles sont dues à une hypertrophie du tissu cellulaire avec formation de noyaux multiples : on y constate plusieurs foyers en voie de dégénérescence graisseuse, sorte de momification des cellules et des noyaux déjà formés.

Aux faits d'altération syphilitique de la dure-mère, dont il vient d'être question, on peut ajouter une observation de tumeur gommeuse de la faux du cerveau rapportée par Wagner, et plusieurs autres que nous devons nous contenter d'indiquer (1). En résumé, l'existence des lésions syphilitiques de la dure-mère ne peut être mise en doute. Tantôt ces lésions sont constituées par l'épaississement de la membrane, qu'infiltre un néoplasme plus ou moins abondant ; tantôt elles sont dues à des productions jaunâtres, caséeuses, étalées ou circonscrites sous forme de tumeurs ayant le volume d'un grain de chènevis, d'une noisette ou d'une noix, fermes, peu vasculaires, et susceptibles de se ramollir par le fait de la métamorphose régressive que subissent leurs éléments constitutifs.

Les méninges molles, qui souvent participent à l'altération syphilitique de la dure-mère, sont quelquefois aussi isolément affectées. Gildemeester et Hoyack ont rapporté un cas d'altération syphilitique de ces membranes. Griesinger (2) en a vu un autre, et Ziemssen (3) s'attache à montrer l'étranglement et l'atrophie des nerfs faisant suite à l'épaississement de la pie-mère. Peut-être le cas de Blachez et Luys (4), où de nombreux noyaux plasmatiques sont signalés sur le trajet des petits vaisseaux qui de l'arachnoïde pénètrent dans l'encéphale, pourrait-il être rapproché des faits précédents ; mais il faut avouer que la nature de l'altération y est douteuse. Dans un cas qui m'est personnel, la pie-mère est le siège, immédiatement au-dessous de la protubérance, d'une tumeur du volume d'un noyau de cerise, ferme, sèche, peu vasculaire, grisâtre à sa circonférence, jaunâtre à son centre (5). Enfin, une observation de Westphal, qui sera rapportée plus loin, fait mention d'une altération syphilitique de l'arachnoïde.

Ces différents faits montrent que les altérations syphilitiques des méninges peuvent être rapprochées de celles des parenchymes, puisqu'elles revêtent des formes anatomiques semblables. Ces membranes ne font donc pas exception à la loi générale qui semble régir, quel qu'en soit le siège, les modalités anatomiques de la syphilis constitutionnelle. La pachyméningite alcoolique ou traumatique et la méningite tuberculeuse sont les lésions dont les caractères anatomiques ressemblent le plus à ceux de la méningite syphilitique diffuse ; la fausse membrane qui caractérise la première de ces lésions, libre en général de toute adhérence avec l'arachnoïde viscérale, se distingue

(1) Consultez : Pruner, *Krankheiten des Orients*, Erlangen, 1847, p. 194. — Nunn, *Transact. of the path. Soc. of London*, t. XI, p. 2. — Dickinson, *Ibid.*, t. XIII, p. 8. — Murchison, *Ibid.*, 251. — Calmeil, *Traité des malad. inflamm. du cerveau*, t. II, p. 260, Paris, 1859.

(2) Griesinger, *Archiv für Heilkunde*, p. 73, 1860.

(3) Ziemssen, *Archiv f. path. Anat. und Physiol.*, t. XIII, p. 213. — Comparez Tungel, *loc. cit.*, p. 113 ; Leudet, *loc. cit.* ; Zambaco, *loc. cit.*, p. 316. — Virchow, *Traité des tum.*, 445, Paris, 1849.

(4) Blachez et Luys, *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, p. 198, Paris, 1861.

(5) Lancereaux et Lackerbauer, *Atlas d'anatomie pathologique*, p. 397.

nettement de l'épaississement lardacé syphilitique ; les granulations petites, arrondies, blanchâtres et tout à fait spéciales de la dernière rendent difficile une erreur que l'on peut déjà éviter en tenant compte du siége respectif des deux lésions.

Les gommes des méninges se distinguent des tumeurs endothéliales par la forme de leurs éléments constitutifs et l'absence de grains calcaires ; elles se différencient des sarcomes (1) et des fibromes par leur faible vascularisation et leur grande tendance à la dégénérescence graisseuse.

Étude symptomatique. — Les troubles fonctionnels liés aux dépôts syphilitiques de la dure-mère et des méninges molles varient avec le siége, l'étendue de ces lésions et le degré de compression qu'elles déterminent. Dans les cas d'affections de la dure-mère cérébrale, les symptômes observés consistent en une céphalée plus ou moins violente, qui souvent s'accompagne de vertiges, d'étourdissements, d'accès épileptiformes, rarement d'une paralysie sous forme hémiplégique, à moins d'une obturation artérielle concomitante. Lorsque la dure-mère cérébelleuse se trouve lésée, à ces symptômes s'ajoutent des nausées, des vomissements et même des désordres du côté de la vision (photophobie). A l'appui de ce que nous avançons, viennent les deux faits suivantes :

Céphalalgie. Vertiges. Accès convulsifs et albuminurie ; érysipèle et mort. Autopsie. Dépôts gommeux de la dure-mère cérébrale adhérents aux membranes sous-jacentes, tumeurs gommeuses de l'épiglotte.

Une fille âgée de quarante ans, domestique, accusait des maux de tête et des vertiges, lorsque le 20 mars elle fut prise de convulsions épileptiques.

Le 14 avril, elle eut deux nouvelles attaques, la dernière plus faible dans laquelle, malgré la perte de la parole, la connaissance est restée intacte. A partir de ce moment, fatigue, céphalalgie fréquente, bouffissure du visage. Le 18 avril, survient un nouvel accès, occasionné par la vue d'une malade qui est prise de convulsions ; cet accès reparaît les 19 et 29 juillet, puis le 4 août. Le 3 et le 10 septembre, perte de connaissance sans convulsions. Diurétiques, et disparition de l'œdème. En octobre, le caractère de la malade devient mélancolique ; accès d'oppression, bourdonnements d'oreilles, pesanteur de tête, pleurs. En février 1861, œdème assez considérable ; poids spécifique de l'urine augmenté ; ce liquide contient des cylindres fibrineux, minces, de nombreux corpuscules de sang et beaucoup d'albumine. L'emploi de la coloquinte et de la gomme-gutte reste sans succès. L'hydropisie augmente, il survient même de l'ascite. Pas d'accès convulsifs jusqu'au 3 avril. A la suite d'un accès survenu ce jour même, pesanteur de tête, sopor, déjections involontaires, fréquence et petitesse du pouls, érysipèle de la jambe gauche ayant pour point de départ une excoriation de l'épiderme. Le 5, deux attaques épileptiques ; la mort survient le lendemain. On apprit que cette malade avait appartenu à la classe des prostituées, et qu'elle avait été autrefois à l'hôpital pour un ulcère primitif de la commissure postérieure, et en 1857 pour des accidents secondaires.

Autopsie. — La dure-mère est solidement unie à la boîte crânienne du côté gauche. On constate l'existence d'une couche exsudative ferme et d'une coloration

(1) C'est vraisemblablement d'une tumeur sarcomateuse et non d'une production gommeuse qu'il s'agit dans un cas pathologique que Baudot a cru devoir attribuer à la syphilis. (*Union méd.*, p. 115, janvier 1859.)

d'un blanc jaunâtre, située entre l'os et cette membrane à laquelle elle reste adhérente. La surface interne du crâne est spongieuse et dépolie ; l'os frontal est épaissi et anfractueux à gauche. Sur la face externe du pariétal droit, dépression de la largeur d'une pièce de cinq francs, mal limitée, avec ostéophytes sur ses bords. La dure-mère, à ce niveau, adhère à la pie-mère, soit par un tissu cellulaire à petites aréoles, soit par une exsudation calleuse, ou encore par des masses solides, élastiques, sèches et jaunes, s'enfonçant entre les circonvolutions dont elles sont en partie inséparables. La substance médullaire qui correspond à ces masses est injectée et incomplétement ramollie. La substance nerveuse est partout ailleurs saine. Absence de cicatrice au pharynx et au voile du palais. Tuméfaction ferme, transparente, à la face externe de l'épiglotte. A la partie moyenne de cet opercule, saillie rouge sale, et, à la coupe, dépôt d'une ligne d'épaisseur, solide et jaunâtre. Le ligament ary-épiglottique est un peu œdématié, le larynx est sain. Il existe dans les plèvres une grande quantité de liquide comprimant les lobes inférieurs des poumons. Le cœur est petit, sa surface est pointillée de rouge. Sérosité rougeâtre dans la cavité péritonéale, adhérences du foie au diaphragme à l'aide de bandes de tissu fibreux. A la surface de cet organe, nombreuses dépressions dues à un tissu calleux qui s'étend de la séreuse dans la profondeur de la substance hépatique. Les reins sont un peu hypertrophiés, la substance corticale est tuméfiée et d'un rouge jaunâtre ; à la coupe, cette substance est injectée et molle. Adhérences des organes génitaux entre eux ; trompes distendues par un liquide aqueux, orifice utérin du diamètre d'une tête d'épingle au plus. (Tüngel).

Céphalalgie intense, nausées et vomissements, pneumonie et mort. Tumeurs gommeuses et adhérences des méninges cérébelleuses.

Un négociant âgé de trente-cinq ans est traité depuis plusieurs années pour des récidives fréquentes de syphilis secondaire à forme légère. Se croyant rétabli, il se marie et il a un enfant bien portant. En mars 1859, il est pris de céphalalgie, de nausées et de vomissements, symptômes d'abord intermittents, plus tard continus.

La céphalalgie, tolérable dans le repos, augmente considérablement par le mouvement. Photophobie, exaltation de l'ouïe, tressaillement au moindre bruit. Les vomissements paraissent surtout au moment du lever du malade et sont principalement composés d'aliments. Le pouls est lent, l'intelligence est conservée ; douleurs à la palpation du crâne, absence de convulsions et de paralysie. Au commencement d'avril, on essaye d'arrêter le mal à l'aide de l'iodure de potassium ; mais, le 15 avril, le malade meurt de pneumonie.

Autopsie. — Cerveau ferme et turgescent, ventricules latéraux distendus par un liquide transparent, épendyme épaissi. Le cervelet adhère au côté droit de la base du crâne, et, à ce même niveau, la dure-mère et la pie-mère sont réunies par une exsudation solide, transparente, ayant à son centre un noyau dur et jaunâtre. Le nerf trochléaire traverse l'exsudat, mais sa structure, pas plus que celle des autres nerfs, n'est altérée. L'artère basilaire, un peu tiraillée à droite, n'est le siége d'aucune lésion. Adhérences pleurales à droite avec hépatisation rouge ; à gauches engouement pulmonaire. Taches laiteuses à la surface du cœur. Le lobe gauche du foie est atrophié et ratatiné ; il existe à sa surface plusieurs dépressions infundibuliformes. Sur les faces supérieure et inférieure du lobe droit se rencontrent des dépôts gommeux, jaunes et irréguliers qui, s'enfoncent dans la substance hépatique. La rate est molle, les reins sont simplement injectés. La muqueuse stomacale est d'un gris verdâtre, épaissie et un peu ramollie. Cicatrice peu nette sur le gland, sans engorgement ganglionnaire dans le voisinage. (Tüngel.)

Rapporter ici un plus grand nombre d'observations serait fastidieux. De l'analyse des faits connus il résulte que la méningite syphilitique a pour symptômes habituels une céphalée le plus souvent continue, persistante,

localisée en un point de la boîte crânienne, accompagnée de vertiges et d'étourdissements ; puis, des accès convulsifs analogues aux attaques d'épilepsie, et déjà signalés depuis longtemps (1).

Cette affection présente en outre des signes particuliers subordonnés à son siége anatomique : c'est, pour certaines portions du cerveau, une aphasie passagère (2) ; pour le cervelet, le vomissement, l'ivresse, la photophobie ou le strabisme, surtout quand la substance cérébelleuse participe à l'altération. La contracture et la paralysie sont des symptômes beaucoup plus rares ; celle-ci se montre presque toujours sous forme hémiplégique, et reconnaît pour cause un ramollissement ischémique. Plus fréquemment on constate un léger affaiblissement des facultés intellectuelles, des pertes subites de connaissance avec ou sans attaques convulsives (*épilepsie syphilitique*) (3). Ces attaques sont-elles toujours l'effet d'une lésion matérielle ? Aujourd'hui, je n'hésite pas à répondre par l'affirmative, car aucun fait ne prouve avec certitude le contraire. Dans les cas mêmes qu'on a pu regarder comme des épilepsies réflexes, il y avait tout au moins une lésion des os du crâne qui par sa présence modifiait, à n'en pas douter, les fonctions cérébrales. L'épilepsie spécifique, de même que les convulsions éclamptiques de l'urémie, offre certains phénomènes, tels que succession rapide des accès, avec coma dans leurs intervalles, perte incomplète de connaissance et quelquefois hémiplégie consécutive, propres à la distinguer de l'épilepsie vraie et à mettre sur la voie du diagnostic. D'ailleurs, certains attributs particuliers, comme l'aura, le cri épileptique, l'écume à la bouche, etc., peuvent faire défaut. Parfois un petit nombre de muscles ou quelques groupes seulement entrent en convulsion, et ces muscles occupent d'ordinaire une moitié du tronc ; puis des groupes différents de muscles peuvent être successivement atteints. L'épilepsie syphilitique, du reste, se développe habituellement sans cause appréciable, à un âge avancé de la vie, ainsi que le fait remarquer Vidus Vidius et que l'ont noté depuis la plupart des observateurs. Sur 13 observations rassemblées par mon ami le docteur Gros et par moi, dix fois cet accident survint vers l'âge de 30 ans, trois fois entre 15 et 16 ans, mais il s'agit d'individus dont l'un était syphilitique dès l'âge de 7 ans et les deux autres depuis l'âge de 14 ans. Sur 43 cas réunis par Jaksch, 31 individus avaient de 30 à 40 ans, 11 de 40 à 50 et un seul était âgé de 20 ans. Les attaques, d'une durée de 3 à 20 minutes et au delà, se sont montrées de 1 à 16 ans à partir de l'infection syphilitique. Dans

(1) *Lues venerea epilepsiæ non raro parens est, gummositates et tubercula in meningibus, in ipso quoque cerebro, vel exostoses in superficie cranii interna producens.* Lazerme, *Tract. de morbis internis capitis*, p. 270.

(2) Ce symptôme, l'aphasie, m'a conduit à diagnostiquer une tumeur gommeuse des méninges, située dans le voisinage de la troisième circonvolution cérébrale, chez une femme de quarante-trois ans, qui avait eu des accidents syphilitiques, et qui, se plaignant d'une céphalée fixe à gauche, fut prise tout à coup d'accès épileptiques répétés, suivis d'abord d'une perte totale de la parole, et puis d'aphasie avec grande difficulté dans la prononciation des sons articulés pendant une durée d'environ quinze jours. — Comparez Tüngel, observ. I.

(3) Consultez sur l'épilepsie syphilitique : Bloch, *Med. Bemerk*, p. 170. — Bonet, *Sepulchret*, Lib. I, Sect. XII, add. Obs. III. — *Ephem. Nat. Cur.* Cent. I. Obs. CXXXVI. — Fabre, *Nouvelles observations sur les maladies vénériennes.* — Gardane, *Gazette*, p. 47. — Guarinonius, *Consil*, II, 13. — Haempf, dans *Act. Hassiac.* vol. I, p. 152. — Pelargus, *Med. Jahrg.* II, p. 317, seq. — J. Frank, Maisonneuve, Cullerier l'oncle, etc., dans Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 85 et 87. — Wilks, dans *Guy's Hospital Reports*, ser. III, vol. XVII, p. 210.

les cas où l'autopsie a pu être faite, on trouva des lésions anatomiques variées, mais qui presque toutes intéressaient les méninges, les os ou la partie périphérique de l'encéphale, exceptionnellement les parties profondes du cerveau (1). Un point qu'il importe de noter, c'est que les troubles tels que céphalée, vertiges, etc., qui précèdent le plus souvent les attaques convulsives, persistent encore dans leur intervalle (2). Quelquefois même il vient s'y ajouter de nouveaux désordres, comme des paralysies des muscles de l'œil, des dérangements de la vue et de l'ouïe ; plus tard, lorsque la maladie n'est pas arrêtée, des paralysies plus étendues surviennent, les facultés intellectuelles s'affaiblissent, le coma ou des convulsions prolongées amènent la mort.

Lentes dans leur développement, les affections syphilitiques des méninges ont quelquefois une marche intermittente, surtout à leur début ; plus rarement continues et progressivement croissantes, elles peuvent durer pendant des années, s'il ne survient aucune complication. La terminaison fatale est tantôt l'effet des manifestations syphilitiques, tantôt le résultat d'une maladie intercurrente (pneumonie, érysipèle, etc.). La guérison est possible, et bon nombre de faits que nous connaissons témoignent de ce résultat. Lorsque chez un malade atteint depuis longtemps de céphalée, de vertiges, d'accès épileptiformes sans hémiplégie, on constate une guérison rapide et complète sous l'influence des mercuriaux, il est permis de croire qu'on a eu affaire à une lésion des méninges, si tant est que le diagnostic soit resté douteux. Effectivement une exostose ou une périostose produit peu ces mêmes phénomènes, et les lésions cérébrales déterminent ordinairement de la paralysie.

Diagnostic. — Les symptômes si variés de la méningite syphilitique rendent difficile le diagnostic de cette affection. Aussi doit-on tenir compte des antécédents du malade et du mode particulier de chacun des principaux symptômes. Par exemple, la céphalée présente ordinairement des exacerbations nocturnes; l'aphasie est passagère, les accès convulsifs se succèdent à intervalles rapprochées. L'âge des malades, l'absence d'antécédents épileptiques héréditaires, et ce fait que les attaques qui ont commencé pendant le cours d'une syphilis ont été suivies de troubles plus ou moins persistants, sont autant de circonstances qui peuvent servir à différencier les accès syphilitiques épileptiformes de l'épilepsie vraie. La pachyméningite, affection qui symptomatiquement se rapproche quelquefois des lésions syphilitiques, produit l'apparition rapide et presque subite d'accidents aigus, caractérisés par de la contracture, de la somnolence et autres phénomènes de compression. Les tumeurs non syphilitiques des méninges cérébrales donnent lieu à une céphalée relativement peu intense et à des symptômes lents et progressifs; mais, outre que ces affections ne présentent pas la filiation des accidents de la syphilis, elles ont un développement continu et sont exemptes de cette cachexie qui

(1) On trouvera la même remarque à propos des tumeurs cérébrales dans notre *Atlas d'anatomie pathologique*. Les attaques convulsives sont ainsi un excellent signe pour distinguer les affections périphériques des affections profondes du cerveau.

(2) Ce fait, déjà remarqué par Vidus Vidius, est signalé par J. F. Maisonneuve (*Recherches et observations sur l'épilepsie*, Paris, 1804) et la plupart des observateurs qui l'ont suivi; n'indique-t-il pas déjà, à lui seul, l'existence d'une lésion permanente ?

est le propre des individus arrivés à la période viscérale de cette maladie. La méningite tuberculeuse et la paralysie générale diffèrent de la méningite syphilitique, principalement par leur marche.

Le pronostic des affections syphilitiques des méninges n'est pas fatalement grave, ce que l'on comprendra facilement si l'on se rappelle que, en général, la substance nerveuse n'est que peu ou pas altérée. Il y a lieu de supposer qu'une intervention assez prompte arriverait à s'en rendre maîtresse, et que même si elle était tardive, elle pourrait encore les combattre avantageusement (1). Dans tous les cas, ce pronostic est toujours moins sérieux que s'il s'agissait d'une lésion de même siége et de même étendue, mais de cause différente.

§ 2. Encéphalite syphilitique.

Plus rares que les affections du foie, plus fréquentes peut-être que celles des autres viscères, les lésions syphilitiques de l'encéphale ne diffèrent pas, quant au fond, de celles des organes internes. Elles ont, comme ces dernières, leur point de départ dans la substance conjonctive interstitielle, et revêtent aussi une forme diffuse ou circonscrite.

Étude anatomique. — L'encéphalite diffuse d'origine syphilitique se constate dans un petit nombre de faits généralement décrits sous le nom d'induration ou de ramollissement du cerveau. Chez une femme épileptique atteinte de péricrânite gommeuse, N. Medavia (2) trouva, au-dessous des parties crâniennes détruites, la substance corticale du cerveau plus dure que dans l'état naturel, puisqu'elle ne l'était pas moins que le tissu du foie ; mais cette induration n'était peut-être que la conséquence de la lésion osseuse. Dans un certain nombre de cas où la syphilis a pu être mise en cause, il est question de l'induration circonscrite de la substance cérébrale (3). Malgré les raisons sérieuses qui ont conduit à attribuer une origine spécifique à ces indurations, on ne peut l'affirmer, parce que les observations, souvent incomplètes, manquent de contrôle historique. Cependant, nous n'hésitons pas à rattacher à la syphilis un fait dans lequel Meyer a noté la soudure des méninges et un ramollissement blanc jaunâtre de la substance corticale voisine, en même temps que la substance médullaire présentait plusieurs plaques d'indurations grisâtres transparentes ayant un noyau central ferme et blanchâtre. De ce fait, on peut rapprocher l'observation intéressante que viennent de publier MM. Charcot et Gombault (4). Il s'agit d'une femme syphilitique, morte quelques instants après avoir éprouvé des troubles nerveux divers, et chez laquelle on trouva, à la face antérieure de la protubérance, deux plaques superficielles d'un gris rouge pourvues d'une partie centrale jaune, à la partie antérieure du faisceau latéral gauche de l'isthme, une plaque semblable, et sur le plancher du quatrième ventricule à droite du sillon médian, une petite plaque de coloration rouge. A l'examen microscopique, le

(1) On trouvera des observations à l'appui de cette manière de voir dans notre travail sur les affections nerveuses syphilitiques.

(2) Voy. Morgagni, *De sedibus et causis morborum*, Epist. IX, 23.

(3) L. Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 242.

(4) *Archives de physiologie normale et pathologique*, t. V, p. 143.

centre de ces plaques parut formé d'une grande quantité de noyaux libres de petites dimensions et de granulations graisseuses isolées ou réunies en amas, et de deux ordres de cellules, les unes arrondies et granuleuses, assez semblables aux corps granuleux cellulaires, les autres irrégulières, anguleuses, et comme hérissées de filaments brisés. Le tissu périphérique, dense et élastique, vivement coloré par le carmin, contenait aussi des granulations libres et deux variétés d'éléments figurés, constitués les uns par des cellules arrondies à contenu finement grenu avec noyau volumineux, les autres par une masse centrale qui se colore fortement par le carmin et donne naissance, par tous les points de la surface, à des appendices filiformes (cellules araignées). Ajoutons que la moelle épinière, dont il sera question plus loin, était aussi indurée par places. Ainsi la syphilis est susceptible de produire des foyers d'induration caractérisés par la présence, au sein de la substance nerveuse, de noyaux et de cellules conjonctives diverses, de granulations graisseuses abondantes, pour peu que le néoplasme et les éléments nerveux consécutivement lésés commencent à se désorganiser. Il s'agit par conséquent, dans ces différents faits, d'une sclérose cérébrale, laquelle diffère des scléroses non syphilitiques par une plus grande tendance des éléments de tissu conjonctif et nerveux à subir la transformation graisseuse, et par les altérations secondaires qui en sont la conséquence.

Un certain degré de ramollissement est quelquefois associé à ces altérations, comme dans un cas rapporté plus haut. Une observation de Tüngel fait mention de foyers d'encéphalomalacie chez un individu affecté de gommes du cerveau, sans qu'il y soit question de lésions artérielles. Dans un cas qui m'est personnel, la substance nerveuse du lobe frontal, adhérente aux méninges, ramollie et vasculaire, offrait à l'examen microscopique une infiltration de noyaux ronds, brillants, en tout semblables à ceux des tumeurs gommeuses existant sur la dure-mère. Le fait suivant, où le ramollissement a pour siége la protubérance annulaire, est un exemple d'encéphalite survenue sans autre cause apparente qu'une maladie syphilitique.

Obs. XLVII. — La femme D..., âgée de soixante ans, est admise à l'hôpital de la Pitié, le 15 décembre 1862. Bonne constitution, taille moyenne; peau sèche, jaunâtre; apparence cachectique. Des pustules d'ecthyma, disposées en cercle, et des ulcérations se voient sur la peau, au niveau de la région de l'épaule droite. Le tibia, du même côté, est le siége d'une exostose, et la malade convient qu'elle a eu la syphilis. Sa physionomie est étrange, hébétée, ses réponses sont peu justes; de plus, elle est maladroite de ses membres, et souvent elle laisse tomber les objets qu'elle tient à la main; elle ne peut coudre que difficilement, tant ses doigts sont agités de tremblement. Sous l'influence d'un traitement antisyphilitique, qui avait son indication dans l'affection cutanée, ces différents phénomènes subirent une amélioration très-notable, au point que la malade allait quitter l'hôpital, quand, à la suite de la visite des parents, le 28 décembre, elle tomba dans une sorte de coma et fut prise d'attaques convulsives qui se répétèrent plusieurs fois avant la mort, laquelle eut lieu le 31 décembre.

Autopsie. — Les pustules d'ecthyma sont en grande partie cicatrisées.

Le crâne est intact, les méninges sont saines; quelques-unes des circonvolutions cérébrales antérieures paraissent plus fermes et un peu atrophiées; les hémisphères n'offrent rien de spécial. La protubérance annulaire est le siége d'un ramollissement qui occupe la moitié environ de sa partie supérieure et antérieure;

en ce point la substance nerveuse, diminuée de consistance, tranche par son injection et sa coloration sur les parties voisines ; elle est parcourue par de nombreux vaisseaux et elle est d'une teinte rougeâtre ; les tubes nerveux sont friables, brisés, granuleux, et dans leur intervalle se rencontrent des noyaux ronds ou ovoïdes très-abondants.

La membrane interne des ventricules est partout couverte de petits points saillants qui lui donnent l'aspect d'une langue de chat ; elle est épaissie et renferme de nombreux corpuscules amyloïdes ; ces mêmes corpuscules se retrouvent dans l'une des couches optiques. L'épendyme spinal forme au centre de la moelle un petit cylindre du volume d'une aiguille à tricoter ; on y trouve de nombreux corpuscules amyloïdes, dont quelques-uns bleuissent par la teinture d'iode. Les faisceaux médullaires sont, à leur partie supérieure, plus fermes qu'à l'état normal. Les artères cérébrales sont intactes, le tronc basilaire est libre. Les autres organes sont peu altérés ; la rate est volumineuse, ainsi que le corps thyroïde ; le foie est gras, sa surface est le siége de cicatrices.

A en juger par ce dernier fait, le caractère anatomique qui distingue le ramollissement cérébral syphilitique du ramollissement cérébral par oblitération artérielle serait la présence d'un produit de nouvelle formation. Mais dans l'hypothèse où la syphilis serait véritablement en cause, on comprend la difficulté qu'il y aurait dès lors à différencier ce foyer inflammatoire de l'encéphalite non spécifique.

Il nous serait facile de rassembler ici un plus grand nombre de faits d'encéphalomalacie syphilitique. Gubian (1), dans un cas où Diday et Teissier de Lyon avaient diagnostiqué l'existence possible d'une exostose crânienne, observa un ramollissement de la partie supérieure et antérieure de l'hémisphère droit du cerveau. Dufour (2) nous a communiqué autrefois un fait assez semblable. Mais dans ces observations et beaucoup d'autres où les artères cérébrales n'ont pas été examinées et où l'examen microscopique fait défaut, le doute doit nécessairement exister sur la cause et la nature de la lésion encéphalique. Nous connaissons d'ailleurs la fréquence du ramollissement lié aux oblitérations vasculaires dans les altérations syphilitiques des méninges et dans celles de l'encéphale. Ce ramollissement ne se distingue du ramollissement ischémique ordinaire que par l'existence simultanée des lésions syphilitiques.

De la discussion qui précède résulte cette donnée que le cerveau peut, sous l'influence de l'infection syphilitique, devenir le siége d'une altération qui, suivant son acuïté ou son existence plus ou moins ancienne, se traduit tantôt par une induration partielle, tantôt par un foyer de ramollissement, modifications en tout comparables histologiquement à l'hyperplasie conjonctive diffuse que nous avons observée dans d'autres organes.

L'encéphalite circonscrite ou gommeuse est plus commune et mieux connue que l'encéphalite syphilitique diffuse. Des observateurs distingués ont depuis longtemps signalé l'existence de gommes encéphaliques. Bonet, Prost, en rapportent des cas peu contestables. Une observation de Bayle et Kergaradec nous montre ces tumeurs siégeant à la fois dans le cerveau et sur ses enveloppes. L'extrémité antérieure de l'hémisphère gauche est occupée par plu-

(1) *Gaz. méd. de Lyon*, 1858, p. 342.
(2) Voy. Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 202 et 205.

sieurs corps de consistance cartilagineuse, à section lisse, brillante, sans apparence fibreuse à la coupe, et adhérant les uns aux autres. Le sphénoïde et l'ethmoïde sont en partie détruits; la dure-mère présente à sa surface quatre tumeurs dures, du volume d'une noix; la pie-mère et l'arachnoïde sont épaissies, indurées et injectées; il y a de plus un ramollissement de la substance nerveuse au voisinage des tumeurs cérébrales. Ward et Tacheron ont vu des cas peu différents. Gjör, Nélaton, Yvaren, ont rapporté des faits du même genre, et qui, en raison de la carie ou des exostoses crâniennes concomitantes, laissent peu de prise à la critique. Gildemeester et Hoyack ont trouvé dans le lobe antérieur du cerveau un noyau tuberculiforme, consistant en une exsudation amorphe, hyaline, solide, en partie transformée en tissu conjonctif. Ludger Lallemand signale dans l'hémisphère gauche du même organe, au niveau du centre ovale de Vieussens, l'existence d'une tumeur de forme irrégulière, du volume d'une petite noix, entourée d'une enveloppe lisse, adhérente à la substance cérébrale en partie ramollie. C. Westphal (1) a noté l'existence, dans la couche optique gauche ramollie et tuméfiée, d'une nodosité gommeuse ferme, du volume d'une noisette, entourée d'une membrane blanchâtre. Dittrich, Engelsted, Tüngel, ont aussi rapporté des faits de gomme cérébrale. Chez un sujet syphilitique observé par Hérard (2), le corps strié droit est le siége de deux tumeurs qui, à la coupe, présentent deux portions distinctes, l'une corticale, dure, formant une coque résistante, d'une couleur jaune rosé, l'autre centrale et beaucoup moins dense. Pillon a vu deux tumeurs situées l'une dans la moitié gauche de la face inférieure de la protubérance annulaire, l'autre dans la couche optique du même côté, chez un individu dont le tissu cellulaire sous-cutané contenait des gommes (3). Cette coïncidence se retrouve dans une observation de Meyer, où le lobe antérieur de l'hémisphère gauche du cerveau est le siége d'une masse dure, de l'étendue d'un écu, intimement soudée à la substance corticale, et composée de nodosités blanchâtres ou jaunâtres opalines, variant depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois. La dure-mère présente un exsudat de même nature. Dans notre observation XXVIII, un dépôt syphilitique, situé dans la couche corticale de l'hémisphère et adhérant aux méninges, se trouve ramolli et confondu avec la substance cérébrale adjacente, dont les éléments constitutifs sont métamorphosés. Enfin, le cerveau d'une femme, observé par Nicaise (4), contenait plusieurs tumeurs fermes, du volume d'une noisette; l'une d'elles avait pour siége le pédoncule cérébral droit, les autres étaient groupées au sein d'une masse fibroïde occupant la corne postérieure de l'hémisphère. La plupart de ces faits sont remarquables par la coexistence avec les tumeurs cérébrales, de lésions diverses manifestement syphilitiques.

Le cervelet n'est pas exempt de cette même altération. Ward (5) a trouvé

(1) *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie*, XX, 5, p. 481; 1863.
(2) Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 255, Obs. CXXXVI.
(3) Voy. Zambaco, *Des affections nerveuses syphilitiques*, p. 490. Paris, 1862.
(4) Nicaise, *Bulletin de la Société anatomique*, t. I, 1863, p. 186.
(5) Ward, *Nouv. Bibl. méd.*, t. VI, p. 368.

dans l'hémisphère droit de cet organe une tumeur ferme de la grosseur d'une petite noix et qui peut être considérée comme syphilitique. Wagner a constaté deux fois la présence de tumeurs gommeuses dans l'épaisseur des hémisphères cérébelleux ; mais on peut douter de l'origine syphilitique de l'une de ces altérations et croire à un véritable tubercule. Dans un cas qui m'est personnel, la protubérance annulaire, augmentée de volume, présente à sa partie antérieure une masse jaunâtre, solide, sèche, légèrement saillante sous les méninges saines. Du volume d'une amande ou d'un petit marron, cette tumeur, située sur la ligne médiane, occupe le tiers inférieur de la protubérance, une faible portion de l'extrémité supérieure des pyramides, et paraît avoir détruit les nerfs de la sixième paire qu'il est impossible de retrouver à leur origine. Vue par sa face antérieure, cette masse, représentée figure 9, est constituée par deux nodosités jaunes, assez fermes, réunies par une substance grisâtre vasculaire, résistante. Incisée perpendiculairement à cette face et suivant l'axe de la protubérance, cette tumeur laisse voir d'autres nodules jaunâtres et circonscrits par un tissu grisâtre, riche en vaisseaux (fig. 10) ; elle comprend un peu plus du tiers de l'épaisseur de la protubérance ; sa délimitation d'avec la substance nerveuse est tellement nette et tranchée, qu'après macération dans l'alcool il est possible de l'énu-

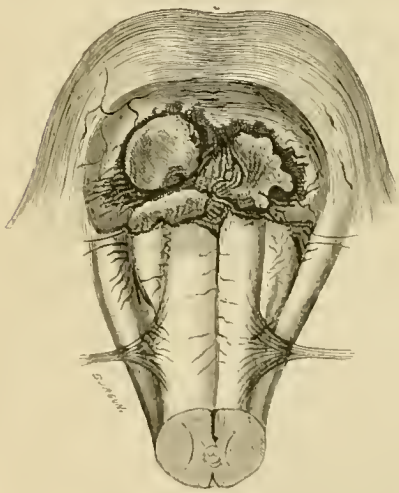


Fig. 9. — Encéphalite gommeuse. La portion de la protubérance située au-dessus des pyramides est le siége d'un néoplasme formé de plusieurs nodules jaunâtres, plongés au sein d'un tissu conjonctif, jeune, vasculaire et grisâtre.

Fig. 10. — Surface de section antéro-postérieure du bulbe et de la protubérance ci-contre. — *a*, foyer d'encéphalite ; *c* et *c'*, nodules gommeux.

cléer. Sa structure diffère dans les parties jaunes blanchâtres et dans les parties grisâtres. Celles-ci sont constituées par une trame fibrillaire au sein de laquelle sont disposées d'une façon uniforme et par petits amas des cellules rondes, peu volumineuses (cellules embryonnaires), celles-là

sont formées par une trame analogue ; mais les cellules qu'elles renferment, plus abondantes sur certains points et en voie d'altération graisseuse, donnent à la coupe un aspect sombre qui tranche sur les parties voisines plus claires, comme s'il existait plusieurs centres d'altération primitive. Des vaisseaux nombreux et partout libres parcourent cette tumeur qui a atrophié ou détruit les éléments nerveux de son voisinage. Le cervelet n'est pas altéré, mais la moelle épinière est le siége d'une dégénérescence secondaire ; immédiatement au-dessous du renflement lombaire, elle présente un foyer d'inflammation d'un centimètre d'étendue, au niveau duquel elle adhère aux méninges.

Ces différents faits, où l'altération de l'encéphale, si elle ne coexiste avec des lésions manifestement syphilitiques, présente toujours des caractères macroscopiques et microscopiques semblables à ceux des tumeurs syphilitiques du tissu conjonctif sous-cutané et des organes, permettent de tracer les caractères anatomiques des gommes de l'encéphale. Ces dépôts, le plus souvent multiples, occupent des points variés dans la substance nerveuse ; ils se rencontrent plutôt à la périphérie que dans les parties centrales. Dans le cerveau, ils ont pour siége de prédilection les lobes antérieurs, quelquefois on les observe dans la couche optique ; au niveau de l'isthme, le pont de Varole et les pédoncules cérébraux, puis les pédoncules cérébelleux sont les endroits où ils se montrent le plus souvent. Ils se présentent sous la forme de tumeurs isolées ou groupées, toujours plongées, à une distance plus ou moins grande, au sein d'une substance gélatiniforme transparente vasculaire, sorte de gangue à laquelle elles sont plus ou moins intimement unies et qui rappelle assez bien le tissu grisâtre des sarcomes et des gliomes. Le plus souvent arrondies, agglomérées au nombre de deux ou trois, ces tumeurs, dont le volume varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noix, ont une coloration blanchâtre ou jaunâtre, une consistance plus ou moins ferme, quelquefois chondroïde. Elles offrent à la coupe une teinte uniforme jaunâtre, une résistance parfois très-grande, d'autres fois un peu molle surtout au centre. Le tissu grisâtre qui entoure ces tumeurs et leur forme une sorte de manchon est constitué presque exclusivement par de petites cellules, possédant des noyaux volumineux, granulés, avec un ou plusieurs nucléoles brillants, et enfermées dans une substance fibrillaire. Les vaisseaux nombreux contenus dans cette substance ont souvent leur paroi épaissie ; néanmoins, ils sont presque toujours libres. La nodosité jaunâtre offre une structure peu différente, à part la dégénérescence graisseuse ; elle est, en effet, constituée par une substance fondamentale amorphe, striée par places, parsemée de nombreuses granulations graisseuses, et par des cellules petites, imprégnées des mêmes granulations déformées, atrophiées et quelquefois entièrement détruites en même temps que la substance intermédiaire est ramollie, ce qui explique la liquéfaction. Les vaisseaux qui la parcourent ont des parois très-épaisses, et un grand nombre sont oblitérés. Les éléments nerveux ont généralement disparu au niveau de ces tumeurs ; à leur périphérie, ils sont plus ou moins détruits, rarement refoulés. Cette circonstance n'est pas sans intérêt ; elle nous rend compte de la dégénérescence consécutive à la présence de ces tumeurs au sein de l'encéphale.

L'observation suivante nous fait assister à l'une des dernières phases de ce processus :

Syphilis secondaire, puis céphalée, vertiges, amblyopie, faiblesse intellectuelle et hémiplégie du côté gauche. Tubercules syphilitiques sur la face et le cou. Iodure de potassium. Disparition des tubercules syphilitiques. Amélioration des accidents cérébraux ; plus tard, cachexie et mort. Dépôts jaunâtres et tumeurs gommeuses lenticulaires en grande partie métamorphosés en substance grasse.

Obs. XLVIII. — La nommée S..., âgée de trente et un ans, admise à l'Hôtel-Dieu le 30 mai 1861, a été traitée à Lourcine il y a dix ans pour des accidents syphilitiques. Depuis deux ans, céphalée, affaiblissement de la vue et des facultés intellectuelles. Depuis quelques mois, syphilides tuberculeuses de la face et du cou. Enfin, il y a quelques jours, est survenue une sorte d'attaque apoplectique suivie d'hémiplégie. Celle-ci porte sur le côté gauche ; la jambe peut encore être mue volontairement, mais le bras reste dans une immobilité presque complète ; la sensibilité est conservée, du moins en grande partie ; la commissure labiale est légèrement tirée à droite ; vision du côté gauche presque complétement abolie. A 2 ou 3 centimètres de l'anus, le doigt rencontre une sorte de disque cicatriciel qu'il lui est difficile de franchir. Diarrhée passagère.

La coexistence, chez cette malade, d'une affection cutanée syphilitique et de troubles cérébraux, ayant quelque chose d'insolite, fit supposer à M. Hérard qu'il s'agissait dans ce fait d'une double et peut-être d'une triple manifestation syphilitique. En conséquence, un traitement spécifique fut institué, et peu à peu les tubercules cutanés s'effacèrent ; l'hémiplégie diminua, mais sans disparaître entièrement. Le traitement (iodure de potassium, pilules de protoiodure de mercure) fut continué durant plusieurs semaines, ce qui n'empêcha pas l'apparition d'accès épileptiformes avec déviation des globes oculaires, mais toujours sans morsure de la langue. Au bout de quelques mois, le traitement spécifique, qui n'avait pu amener une guérison complète, fut abandonné. La malade continua de rester à l'hôpital. La paralysie du bras devint plus complète, le deltoïde du côté gauche s'atrophia peu à peu, et l'épaule parut s'abaisser ; il survint une diarrhée d'abord légère, plus tard abondante, et, dans les derniers temps, des vomissements multipliés ; la cachexie ne fit que croître, la céphalée et les vertiges reparurent, et la malade succomba le 12 mars 1862.

Autopsie. — Le cerveau, comme les méninges, est pâle, non injecté ; à la coupe, la substance cérébrale est décolorée ; sa consistance, diminuée sur quelques points, paraît plus ferme en d'autres endroits. A l'aide d'un examen attentif, on reconnaît à la coupe de la substance cérébrale, du côté droit, des points jaunâtres autour desquels cette substance est comme déchirée et ramollie. Plaques jaunes à la surface des ventricules, au niveau desquelles on constate la présence de petites tumeurs du volume d'un pois ou d'une lentille (pl. II, fig. 6). Ces tumeurs sont formées d'un noyau central foncé, autour duquel il est facile d'extraire avec la pince une sorte de membrane jaunâtre. Celle-ci est composée de fibres de tissu conjonctif, de corps sphériques granuleux, d'abondantes granulations graisseuses, de globules d'huile, de cristaux de matière grasse, et aussi de capillaires dégénérés, tandis que le noyau central ne renferme guère que des granulations la plupart graisseuses, des globules gras, et des noyaux granuleux et déformés. La substance cérébrale, moins consistante autour de ces petites tumeurs, est manifestement altérée. Quelques-uns de ces foyers de petit volume et de coloration grisâtre contiennent une matière fibroïde. Les plaques jaunes offrent la même coloration que les foyers ; on y trouve principalement des éléments de matière grasse, des détritus de tissu conjonctif et de substance cérébrale. Cette lésion se retrouve encore à gauche, bien que l'hémisphère droit en soit plus particulièrement le siége. La substance grise des circonvolutions ne paraît pas altérée ; quelques cellules cependant sont très-fortement granuleuses, et bon nombre de capillaires sont chargés de granulations graisseuses ; on y reconnaît manifestement, à l'œil nu, trois couches, dont la moyenne est d'une coloration jaunâtre très-tranchée. Les os du crâne sont épais.

Au sommet des poumons se rencontrent plusieurs tubercules, les uns du volume

d'une lentille, les autres du volume d'une noisette, tous constitués par une matière sèche, jaunâtre et grenue. Le reste des poumons est sain. Le cœur est chargé de graisse. Quelques légères dépressions se voient à la surface du foie. Cet organe ne contient aucune tumeur gommeuse, mais il est dans un état avancé de dégénérescence graisseuse. Les cellules propres renferment, les unes des cristaux de margarine, les autres d'abondantes granulations et des globules graisseux. La rate n'est pas altérée. Les reins ont une coloration jaunâtre; ils sont volumineux, mous, mais non sensiblement lésés. Le tube digestif, les yeux et beaucoup d'autres organes qu'il eût été important d'examiner, n'ont pu l'être, pas plus que le deltoïde et le nerf circonflexe, qui méritaient ici une attention toute particulière.

La métamorphose graisseuse n'est pas toujours le dernier terme des gommes syphilitiques de l'encéphale. Ces dépôts peuvent subir la transformation muqueuse, ou l'infiltration calcaire; quelquefois même ils finissent par être résorbées totalement, mais non sans laisser des traces de leur passage. Dans ce dernier cas, le tissu jaune grisâtre qui circonscrivait le noyau central, devenu un véritable tissu fibreux, peut présenter la forme d'un kyste vide, de toiles ou de lames membraneuses, enfin de cicatrices en tout analogues aux cicatrices des autres organes. Ces sortes d'altérations se rencontrent quelquefois dans le voisinage des tumeurs gommeuses, et plusieurs fois, chez des malades morts de syphilis, on a pris pour des kystes ces restes de produit gommeux résorbé. Un coup d'œil rétrospectif jeté sur les faits permet de reconnaître qu'un certain nombre de prétendus kystes cérébraux ne sont en réalité que l'enveloppe persistante d'une tumeur gommeuse.

Une femme de quarante-cinq ans, atteinte de tubercules ulcérés de la peau du nez et des joues, et regardée par M. Cazenave comme syphilitique, succombe après avoir éprouvé des troubles distincts de ceux de l'hémorrhagie cérébrale. A l'autopsie, Féréol (1) constate une altération particulière des reins et la présence, au sein du lobule intraventriculaire du corps strié, d'une petite cavité pleine d'un liquide séreux, grisâtre, pouvant loger une noisette, et tapissée à l'intérieur d'une sorte de membrane très-mince. Dans un cas rapporté par Meyer (2), l'hémisphère droit du cerveau était transformé en une cavité parcourue de nombreux cordons sous forme de réseau, et dont les parois étaient constituées par une couche mince de substance cérébrale ramollie. La couche optique et le corps strié correspondants étaient atrophiés; la dure-mère et le foie étaient le siége de tumeurs gommeuses. Il y avait eu pendant la vie des accès épileptiformes, des accès maniaques et une hémiplégie complète à gauche. Notre observation XXX présente une semblable disposition, le lobe antérieur droit est en partie transformé en une cavité kystique. Dans le corps strié gauche d'un malade qui avait eu des vertiges, de la céphalée et des accès épileptiformes, on trouva un kyste du volume d'une noisette, d'origine apoplectique au rapport de Meyer, mais à notre sens de cause syphilitique, car il existait en outre trois tumeurs situées au sein d'un tissu fibroïde déposé entre la dure-mère et la surface du lobe antérieur gauche, un ramollissement du corps strié droit, et des gommes dans le foie. De ce fait se rapproche naturellement l'observation CLVIII du *Traité des maladies inflammatoires*

(1) *Bull. de la Soc. anatom.*, 1856, p. 409.
(2) *Loc. cit.*, obs. VI.

du cerveau du docteur Calmeil. Dans ce cas, qui a trait à un malade ayant présenté antérieurement des signes non douteux de syphilis, tout l'hémisphère droit était creux et converti en une espèce de gousset considérable, il ne restait plus rien de la substance nerveuse qui occupe ordinairement le centre des lobes antérieur, postérieur et moyen. Un vide considérable existait entre la base de ces lobes et l'espèce de calotte qui formait en haut la voûte de cette immense cavité. La couche optique et le corps strié étaient atrophiés ou réduits à l'état de proéminences informes. Des vides celluleux, des filaments nombreux, des plaques pseudo-membraneuses tendues comme des réseaux, s'attachaient çà et là sur les parois intérieures du clapier qui avait remplacé la substance cérébrale. D'autres observations plaident encore en faveur de la doctrine que nous défendons. Un cas déjà cité de Bristowe (1) fait mention d'un kyste du volume d'une noisette, siégeant à la partie antérieure du corps strié gauche. La dure-mère épaissie contient plusieurs gommes dans son épaisseur; le crâne est perforé; des tumeurs du volume d'une noisette, d'apparence lardacée, se rencontrent dans l'épaisseur de l'os frontal; le foie, dur, rabougri, a l'aspect d'un tissu squirrheux jaunâtre. Dans une observation de syphilis rapportée par Wagner, il est question de la présence, à la partie interne et postérieure du corps strié gauche, d'une sorte de kyste séreux en forme d'éventail et du volume d'un noyau de cerise.

A côté de cette disposition il en est une autre non moins importante connaître, et qui se présente sous l'apparence d'une dépression ou d'une cicatrice. Notre observation XL mentionne une dépression légère et comme cicatricielle à la surface d'une circonvolution, et plus profondément une bride ou cicatrice grisâtre, linéaire, ayant quelques millimètres en profondeur sur 0m,02 environ de longueur. (Pl. II, fig. 8). Un état un peu différent se rencontre dans deux cas de syphilis encéphalique consignés dans notre *Atlas d'anatomie pathologique* (2) ; la substance nerveuse disparue dans une étendue de quelques millimètres au sein de la protubérance se trouve remplacée par un tissu grisâtre d'apparence cicatricielle, formé par la névroglie épaissie, des noyaux ronds, des corps granuleux et des granulations moléculaires. Meyer (3) trouva, en même temps que des ostéophytes à la surface interne des os du crâne, une altération de la dure-mère et des dépressions plus ou moins profondes dans la moitié droite du pont de Varole et dans la partie gauche de la moelle allongée. Ces dépressions, d'un bleu grisâtre, véritables cicatrices, se continuaient dans la profondeur de l'organe par des prolongements irréguliers, striés, gris rougeâtres et d'aspect lardacé. Les points grisâtres étaient formés d'un tissu fin à stries longitudinales et de corpuscules graisseux. La substance voisine était composée d'éléments nerveux détruits, de fibres nerveuses amincies et de corpuscules amylacés. Des faits analogues se retrouveraient sans aucun doute dans le riche ouvrage de Calmeil (4).

(1) Bristowe, dans *Transact. of the pathol. Soc. of London*, p. 21.

(2) Lancereaux, *Atlas d'anatomie pathologique*, obs. CCXLIV, p. 396, et obs. CCLXXIII, p. 449. L'altération dont il s'agit n'est pas décrite dans cette dernière observation, mais il suffit de jeter un coup d'œil sur la figure 3' de la planche 46, pour s'assurer de son existence.

(3) Meyer, *loc. cit.*, obs. VIII.

(4) *Traité des malad. inflamm. du cerveau*, t. II, chap. VI, p. 231, obs. CXLI, etc.

Nous bornons là cette revue, bien que nous n'ayons pas épuisé toute la série des faits où il est possible de voir la syphilis laisser dans le cerveau des destructions analogues à celles que nous avons observées dans le foie. Remarquons que souvent ces désordres se trouvent désignés par une périphrase, à cause, sans doute, de leur ressemblance assez imparfaite avec la poche séreuse connue sous le nom de kyste dans le langage anatomique.

Au résumé, les tumeurs gommeuses de l'encéphale présentent des caractères objectifs qui varient avec les phases de leur évolution pathologique ; assez semblables, à une certaine période, au tubercule, aux tumeurs connues aujourd'hui sous les noms de gliome et de sarcome, elles offrent plus tard de l'analogie avec les kystes séreux ou hémorrhagiques anciens. Par leur faible vascularité, les gommes de l'encéphale se distinguent des tumeurs cancéreuses ou fibreuses ; mais elles se rapprochent davantage du tubercule du cerveau, avec lequel on les a vraisemblablement plusieurs fois confondues. La distinction est cependant facile. Loin d'être plongé dans un stroma fibroïde ou fibreux, le tubercule est en contact immédiat avec la substance nerveuse. C'est d'ailleurs une tumeur arrondie, comme formée de couches concentriques, et qui, plus humide et plus molle que la gomme, subit d'une façon plus uniforme la métamorphose graisseuse ; en outre, le tubercule est souvent unique ou entouré de granulations de même nature. Les kystes apoplectiques ont une forme arrondie, et leurs parois sont imprégnées de la matière colorante du sang à l'état amorphe ou cristallin. Les infarctus résorbés se distinguent des cicatrices par l'altération concomitante des artères.

Étude symptomatique. — Des lésions aussi différentes de siége que celles qui viennent d'être décrites, conduisent à penser que les affections symptomatiques de la syphilis encéphalique doivent être fort variées, et, en effet, aucun désordre cérébral ne leur est étranger. Pourtant, grâce à des localisations morbides assez spéciales, ces manifestations peuvent se rattacher à un petit nombre de types cliniques dont nous essayerons de tracer les caractères. L'un de ces types a pour principal phénomène une paralysie plus ou moins étendue. Assez rarement partielle et localisée à un groupe de muscles ou à un membre, cette paralysie revêt d'ordinaire la forme hémiplégique. Son début est tantôt insidieux, tantôt brusque, et fréquemment elle est accompagnée de roideur ou de contracture, surtout quand elle est ancienne. Le plus souvent incomplète, progressive, elle ne détermine pas d'atrophie des muscles, ce qu'il est facile de comprendre, puisque le centre encéphalique est le siége de l'altération ; il s'y joint rarement des phénomènes convulsifs, à moins de tumeurs concomitantes des méninges.

Les facultés intellectuelles, au contraire, sont assez généralement troublées, sinon d'une façon continue, du moins par intervalles. Les désordres que l'on observe sont l'hébétude, la diminution ou la perte graduelle de la mémoire et surtout l'aphasie (1). Ce dernier phénomène, qui accompagne plus spécialement l'hémiplégie droite, est diversement accusé. Tantôt les malades, privés de la faculté de parler selon leur désir, réussissent à prononcer quelques mots qui

(1) Consultez, sur ce symptôme, B. Tarnowsky, *De l'aphasie syphilitique*, Paris, 1870.

ne traduisent cependant pas leur pensée; tantôt, manquant absolument de mémoire, ils ne peuvent ni lire ni écrire, ils parlent difficilement, sont obligés de chercher les mots qui leur échappent, se fatiguent bientôt et ne répondent que par des mots invariables, ou par des monosyllabes. Un cas rapporté par Bouchard et Lépine (1), un autre de Westphal rentrent dans ce groupe; ils présentent l'un et l'autre une altération des méninges et des circonvolutions frontales. Le cas de Westphal (2) est relatif à un homme âgé de trente-trois ans, qui avait depuis longtemps une céphalée persistante avec dilatation de la pupille droite, proéminence de l'œil, ptosis de la paupière droite, attaques convulsives avec perte de connaissance. Cet homme, dont la mémoire s'affaiblissait peu à peu, ne trouvait plus le mot convenable, il balbutiait, avait une marche vacillante, des évacuations involontaires; l'iode fut sans effet, le malade devint stupide et mourut à la suite d'eschares au sacrum. Le lobe frontal gauche présentait une cicatrice à fond grisâtre, à bords saillants; au même niveau la face interne de l'os était couverte d'ostéophytes. La dure-mère adhérait, vers la scissure de Sylvius, à des noyaux gommeux pénétrant jusque dans la substance cérébrale; le corps strié droit offrait à la coupe plusieurs foyers de ramollissement, le gauche était simplement injecté; le pont de Varole était peu consistant, la pie-mère était épaissie autour du chiasma, le nerf oculo-moteur droit se trouvait transformé en un corps compacte, et autour du trijumeau existait une masse gommeuse grisâtre. Les autres nerfs étaient exempts de toute altération.

Dans quelques cas, les troubles intellectuels s'accentuent peu à peu de façon à constituer un état de véritable démence.

Névralgies anciennes. Céphalée, insomnie. Hémiplégie droite, et plus tard hémiplégie gauche; pleurs fréquents avec convulsions du visage; paralysie des sphincters. Iodure de potassium, amélioration; enfin démence, cachexie et mort. Hypertrophie des os du crâne, foyers jaunâtres constitués en grande partie d'éléments graisseux; lésions rénales.

Obs. XLIX. — La femme G..., âgée de quarante-cinq ans, admise à la Pitié le 24 juillet 1860, fut atteinte, il y a dix ans, de douleurs violentes dans le côté droit du corps et particulièrement dans la jambe droite. Ces douleurs, qui semblaient suivre les trajets des nerfs sciatique et crural, se faisaient sentir quelquefois le jour, plus souvent la nuit; en même temps, douleur violente à la base du crâne et insomnie. Cet état dura environ cinq ans. Pendant ce temps la malade fut traitée par plusieurs médecins qui épuisèrent les moyens généralement employés contre les névralgies. Valleix, qui lui fit sur les cuisses des cautérisations profondes dont on peut encore voir les traces, la montrait comme un curieux exemple de névralgie rebelle. Marotte, dans le service duquel elle se trouva placée plus tard, fut conduit à recourir à l'emploi de l'iodure de potassium. La malade n'en avait pas pris depuis plus de huit jours que les douleurs avaient disparu, que le sommeil était revenu, au point qu'elle dormait presque constamment, même durant les visites des médecins et des étrangers. Le traitement ne put être continué, la malade voulut quitter l'hôpital; mais depuis lors de nouvelles douleurs reparurent

(1) Bouchard et Lépine, *Gaz. méd.*, p. 726, 1866.

(2) Westphal, *Ueber Syphilis des Gehirns*, Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, XX, 5 et 6, p. 481, 1863.

presque chaque mois, et cédèrent toujours rapidement à l'usage de l'iodure de potassium : au dire de la malade, ces douleurs disparaissaient quelquefois dès le lendemain de l'emploi du médicament.

Le 31 juillet, quelques jours après l'admission de cette malade, je constate : maigreur, peau sèche, écailleuse ; embarras de la parole ; stupidité du visage, pleurs faciles, mémoire faible, intelligence encore nette ; faiblesse musculaire dans le côté droit, difficulté des mouvements des membres : sensibilité conservée ; céphalalgie, insomnie, étourdissements, vertiges ; intégrité de chacun des sens. Iodure de potassium, 1 gramme 50 centigrammes.

Ce médicament est continué pendant huit jours, et les accidents disparaissent en grande partie ; une diarrhée abondante obligea de le cesser. Trois semaines plus tard survint en quelques jours une hémiplégie complète du côté gauche. Les sphincters se paralysent, les pleurs deviennent presque continuels. La malade répond à peine aux questions : à chaque parole qu'on lui adresse, elle se met à pleurer en jetant des cris et en faisant des contorsions caractéristiques bien propres à faire supposer un ramollissement cérébral. Elle accuse une douleur intense avec exacerbation nocturne, localisée à la partie postérieure droite de la tête, de l'insomnie, des vertiges, de la faiblesse ; elle reste étendue sur le dos, sans force et sans volonté. Le 8 septembre, on essaye de donner 30 grammes de sirop d'iodure de fer, et sous l'influence de ce médicament, continué pendant cinq jours, la malade se trouve mieux, la diarrhée disparaît. Le 15, l'iodure de potassium est repris à la dose de 1 gramme ; quelques jours plus tard, on porte la dose à 1,50, puis à 2, à 3 grammes, avec 15 grammes de sirop de morphine. La malade peut le supporter, l'appétit revient, et bientôt les accidents de paralysie diminuent. Le 25, le bras est soulevé au niveau de la tête, la jambe se meut avec plus de facilité ; la tendance à pleurer n'existe plus : la douleur de tête, l'insomnie, les vertiges ont presque entièrement disparu ; l'amélioration continue les jours suivants. Le 1er octobre, le médicament est supprimé. A cette époque la malade conserve une faiblesse générale, un peu plus prononcée du côté gauche ; néanmoins elle peut se lever et marcher dans la salle. Vers le 8 octobre la malade accuse de nouveau une céphalée occipitale, des étourdissements, des vertiges, de l'insomnie ; la tendance aux pleurs reparaît. Le 20, on reprend l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme. Le 30, il y a un mieux déjà appréciable. Le médicament n'est plus continué à partir du mois de janvier ; bientôt reparaissent la faiblesse des membres et la céphalée, et la malade passe à la Salpêtrière. Durant son séjour dans cet hospice, elle est placée parmi les incurables et ne reçoit plus aucun soin médical. Les membres inférieurs se paralysent presque entièrement ; les matières fécales et les urines ne sont plus retenues ; la sensibilité devient obtuse, la moindre émotion provoque le rire ou les pleurs ; perte de la mémoire et embarras de la parole, cachexie progressive, diarrhée, œdème et mort le 18 septembre 1864.

Autopsie. — Les os du crâne sont hypertrophiés, leur épaisseur est plus que doublée ; ils éclatent sous le marteau, mais il faut que la force qui tend à les briser soit considérable. Une sérosité limpide et abondante s'écoule du cerveau ; les vaisseaux veineux des méninges sont dilatés et gorgés de sang noir. Plaques laiteuses peu étendues à la surface de l'arachnoïde du côté gauche ; la dure-mère du côté droit est piquetée de sang et tapissée dans une petite étendue d'une néo-membrane très-mince et transparente. La substance cérébrale est partout molle ; la substance corticale est jaunâtre. Les ventricules cérébraux, dilatés, renferment un liquide trouble. Dépôt plasmatique jaunâtre au niveau de la fente cérébrale de Bichat, derrière la glande pinéale ; adhérence de la lyre à l'isthme de l'encéphale. Le cerveau est coupé par tranches minces à l'aide de sections horizontales, et l'on remarque plus particulièrement dans la substance blanche, à une faible distance de la substance grise, des taches, ou mieux des foyers jaunâtres ayant environ $0^m,01$ d'étendue, constitués par d'abondantes granulations graisseuses, des noyaux et des cellules granuleuses, une matière amorphe et grenue ; ces foyers sont distribués également dans les deux hémisphères cérébraux. A la

surface du corps strié droit existe une plaque jaune ayant $0^m,02$ environ de diamètre, légèrement saillante ; ramollie à ce niveau, la substance cérébrale forme une sorte de magma blanc jaunâtre. A la section du corps strié et de la couche optique du même côté, on aperçoit par places une coloration d'un jaune verdâtre. Le corps strié du côté opposé est le siége d'un foyer d'une étendue moindre que celle des foyers jaunes, mais, comme ces derniers, à peu près uniquement constitué par des granulations moléculaires et graisseuses abondantes, et aussi par des globules granuleux ; nulle part il n'existe de traces d'hématine. En plusieurs endroits de la substance grise et de la substance blanche, on rencontre des amas de granules graisseux. C'est principalement sur le trajet des vaisseaux que ces granulations sont nombreuses. Coloration jaune et diminution de consistance de quelques circonvolutions cérébelleuses. Corps pituitaire volumineux, ferme, jaunâtre ; absence d'altération à l'origine des nerfs crâniens. Sérosité abondante dans le rachis ; la moelle n'est pas examinée ; quelques vertèbres lombaires sont le siége d'hyperostoses.

Adhérences membraneuses des poumons à la paroi thoracique ; induration de quelques lobules à la base du poumon droit (partie antérieure), et dilatation des bronches correspondantes. On trouve à ce niveau du tissu fibreux et des éléments plasmatiques. Cœur mou et graisseux.

L'aorte est le siége de quelques plaques jaunes au niveau de sa courbure supérieure ; l'artère carotide interne gauche est en partie oblitérée, au niveau du sinus caverneux, par une membrane qui se termine en pointe et adhère intimement à la paroi de ce vaisseau. Cette membrane, constituée par des noyaux et des cellules de tissu conjonctif plus ou moins altérées, offre sur quelques points une coloration rouillée qui tient à la présence de nombreux grains d'hématine et de cristaux d'hématoïdine. La paroi de l'artère n'est pas athéromateuse en ce point. Dans la carotide droite existe un coagulum qui, adhérent à ses deux extrémités, n'obstrue qu'une faible portion de la lumière du vaisseau ; il est composé de fibrine, de noyaux et de cellules de tissu conjonctif.

Foie de petit volume, légèrement granuleux, taches laiteuses au niveau de la capsule de Glisson, sillons cicatriciels multiples à la surface de l'organe. Peu nombreuses sur le lobe droit, si ce n'est vers son bord inférieur, les cicatrices sont beaucoup plus abondantes sur le petit lobe et surtout au voisinage du ligament suspenseur ; elles ont une direction horizontale ou verticale ; elles forment des sillons plus ou moins profonds, dont les lèvres sont ordinairement réunies à l'aide de tractus celluleux. Le parenchyme hépatique résiste à la coupe, il crie sous le scalpel ; le tissu fibreux y paraît plus abondant qu'à l'état normal ; la plupart des cellules hépatiques sont infiltrées de granulations graisseuses. La rate crie sous le scalpel ; elle est volumineuse, ferme, résistante, Les ganglions prévertébraux sont pour la plupart augmentés de volume ; à la coupe, ils offrent une coloration blanchâtre, une consistance médullaire. Le corps thyroïde est hypertrophié. Les reins sont volumineux ; la tunique fibreuse est opaque et difficile à détacher. La surface extérieure de ces organes est granuleuse, ou plutôt parsemée d'un grand nombre de petites dépressions qui la rendent fort irrégulière. A la coupe, la substance corticale offre une coloration jaunâtre prononcée ; la substance tubuleuse est brunâtre. Les corpuscules de Malpighi sont les uns volumineux, les autres plus petits et circonscrits par la trame conjonctive épaissie ; à l'intérieur des canalicules il existe de nombreuses granulations et des cellules épithéliales détruites. La muqueuse vésicale est brunâtre, épaissie ; les trompes adhèrent à l'utérus. Les ovaires sont atrophiés, fibreux ; leur tunique est blanchâtre, épaisse et résistante. Estomac et intestins sains.

Les faits où la démence est le désordre prédominant constituent un second type clinique. Dans l'observation qui précède, ce désordre a été tardif ; mais il est des cas où il survient beaucoup plus tôt. Un malade observé par Rauch de

Grætz (1) se plaignit d'abord d'une céphalalgie continue ; il devint oublieux, paresseux, inattentif à son commerce, niais, puis il tomba en enfance et dans l'idiotie la plus complète ; l'ouïe et la vue, d'abord troubles, finirent par être abolies. Les extrémités inférieures, la vessie, le rectum se paralysèrent, et il survint du coma. Cet état, qui avait commencé depuis plus de six mois, céda complètement à l'emploi des onctions mercurielles et de l'iodure de potassium pris à l'intérieur. Un malade traité par Read de Dublin (2) ne pouvait se soutenir sur les pieds ; l'articulation des mots était très-imparfaite, l'arrangement des idées très-défectueux ainsi que la mémoire, la vision des deux côtés considérablement altérée, et tout ce cortége symptomatique céda après trois semaines de l'usage des frictions mercurielles sur le cuir chevelu rasé. Des faits analogues ont été cités par Cirillo, Delpech, Sandras, etc. (3). L'observation première du mémoire de Goodwin (4) mérite d'être rapprochée de celles qui précèdent, comme aussi un fait du livre de Zambaco (5), dans lequel l'autopsie révéla l'existence d'un ramollissement périphérique et d'une tumeur qui n'était vraisemblablement qu'une gomme.

Un cas rapporté par Gailleton (6) trouve encore place ici. Un homme contracte la syphilis ; à deux reprises différentes il est atteint d'accidents constitutionnels ; deux ans plus tard, il présente une paralysie double de l'élévateur des paupières, de la diplopie, de l'amblyopie, et cet homme autrefois intelligent devient à peu près idiot, il répond à peine, sa parole est embarrassée, sa marche est vacillante ; il guérit par l'iodure de potassium. Leidesdorf (7) a rencontré également, chez des sujets syphilitiques, deux cas de démence qui ont été, l'un très-notablement amélioré, l'autre rapidement guéri par l'iodure de potassium. Les faits de ce genre sont souvent difficiles à différencier de la paralysie générale des aliénés.

Il serait facile de rappeler ici d'autres cas de démence ou même de manie également rattachés à la syphilis. Mais ces cas n'offrent pas un cachet de certitude suffisant. Griesinger (8) pourtant accorde que les désordres intellectuels liés à la syphilis se présentent sous des formes variables depuis la manie la plus violente jusqu'à l'idiotisme le plus profond. Tout récemment, Berthier (9)

(1) Cité par Lagneau fils, *loc. cit.*, et Ladreit de Lacharrière, Thèse de Paris, 1861, p. 56.

(2) *The Dublin quarterly Journ. of medicine*, février 1852.

(3) Voy. ces observations dans les divers ouvrages de Lagneau fils, de Ladreit de Lacharrière, de Gros et Lancereaux. — Comparez : W. Smith, dans *British med. Journal*, July 11, 1868. — Kjellberg, *La paralysie progressive des aliénés et de la syphilis*, Vierteljahrschr. für Psychiatrie, II, p. 122, 1868. — Williams, *Cas de folie syphilitique*, Journ. of mental sc. N. S. XV, p. 119, avril 1869. — H. Grainger Stewart, *ibid.*, oct. 15, p. 409, 1870. — Sandberg, Norsk Magazine, 3 R., p. 465, 1871.—O. Heubner, *Ueber die Hirnerkrank. der Syphilitischen*, Archiv der Heilkunde, 1870, p. 272. — Wille, *Die syphilitische Psychosen*, Allg. Zeitsch. f. Psychiatrie, XXVIII, p. 503, 1872. — Sylver, *Symptoms ressembling general paralysis of the insane*, Med. Times and Gaz., 26 oct., 1872.

(4) Voici le titre de cette observation : *Syphilitic offection of brain ; impairment of memory and mental power ; attacks of great exhaustion, slight poralysis*, The Lancet, 19 July 1862.

(5) *Loc. cit.*, obs. LV, p. 331. — Comparez Arthaud, *Gaz. méd. de Lyon*, 1858, p. 347.

(6) Gailleton, *Sur trois cas de syphilis constitutionnelle compliqués de symptômes nerveux* (*Gaz. méd. de Lyon*, 16 octobre 1864).

(7) *Contribution à la syphilis cérébrale dans ses rapports avec l'aliénation mentale* (*Medizinische Jahrbücher*, 1864, 4e livr.).

(8) *Archiv der Heilkunde*, 1863, p. 471.

(9) *Du délire lié à la goutte, au rhumatisme, à la syphilis et aux dartres*, dans *Union médicale de la Gironde*, p. 211.

a cherché à rapporter à la syphilis plusieurs formes de folie, notamment quelques variétés de délire, de manie, etc.; mais les faits très-incomplets sur lesquels il s'appuie sont loin de paraître concluants. Au résumé, certaines lésions syphilitiques de l'encéphale peuvent produire un ensemble symptomatique ayant de grandes ressemblances avec les états morbides connus sous le nom de paralysie générale et de démence paralytique ; peut-être aussi faut-il admettre une manie syphilitique. En tout cas, il importe de ne pas oublier que la marche et l'évolution de ces manifestations sont tout à fait particulières et différentes de ce que l'on observe lorsque la syphilis n'est pas en cause (1).

Dans un troisième cadre rentrerait enfin une série de symptômes se rattachant plus particulièrement à la présence des produits gommeux de l'encéphale. Une céphalée plus ou moins violente et persistante, des étourdissements, des vertiges, des pertes subites de connaissance ou des attaques analogues aux attaques apoplectiques, quelquefois de la somnolence ou un simple assoupissement, du délire ou du coma, tels sont ces symptômes, qui ont pour caractère une mobilité et une fugacité peu communes. Les convulsions cloniques ou accès épileptiformes s'observent principalement quand les gommes occupent la périphérie de l'encéphale ; la paralysie et la contracture se rencontrent dans l'un de nos cas où la protubérance est spécialement affectée. Notons l'existence de mouvements choréiformes d'une moitié du corps dans un fait de Costhiles et dans un autre qui m'est personnel (2). Dans ce dernier, l'hémichorée succéda à une hémiplégie traitée depuis quelques jours par le calomel. D'autres fois on n'observe qu'un simple tremblement, comme cela a été noté une fois par Westphal et deux fois par Schutzenberger. Il y a lieu de remarquer que la couche optique était le siége de l'altération dans ceux de ces cas où l'examen nécroscopique a été fait, et qu'ainsi le désordre anatomique de ce centre ganglionnaire doit jouer un rôle dans la production du tremblement. Enfin, chez quelques malades, le seul symptôme

(1) A côté des désordres toujours liés à une lésion matérielle, signalons un trouble moral qui paraît se rattacher de préférence à la modification générale de l'organisme. Quelquefois, chez les syphilitiques, le moral subit un changement très-notable, comparable, jusqu'à un certain point, à un dérangement analogue que l'on rencontre dans d'autres conditions morbides, chez les goutteux par exemple. La tristesse et la frayeur constituent le fond du caractère des individus ainsi affectés; ce qu'ils craignent et redoutent surtout, ce sont les manifestations de la maladie dont ils sont atteints ; aussi a-t-on pu dire qu'ils étaient frappés de syphilophobie.

Cet état a été remarqué et étudié par plusieurs observateurs; mais Bru en a tracé le tableau le plus exact bien qu'un peu exagéré. « Il se présente dans les hôpitaux, dit ce médecin, beaucoup de malades affectés de la manie vérolique. Il faut les satisfaire en leur faisant éprouver un léger traitement, mais avec un grand apparat de formes, afin de tranquilliser leur esprit... La manie vérolique a plusieurs degrés ; quelques maniaques le sont avec fureur ; ils sont en général très-alarmés sur leur état ; quelques-uns sont moins effrayés ; d'autres enfin, avec la certitude d'avoir le mal, ne s'inquiètent point des suites, parce qu'ils pensent qu'une fois l'acquisition faite on ne s'en délivre jamais, quelque traitement qu'on lui oppose..... J'ai connu plusieurs hommes affectés de cette maladie morale, qui croyaient avoir toutes les maladies qu'ils trouvaient dans les livres, et que rien n'en pouvait désabuser : un éblouissement, un tintement d'oreilles, la plus petite douleur, le plus léger mal de tête étaient des signes non suspects de vérole. » *Méthode nouvelle de traiter les maladies vénériennes*, t. II. Paris, 1789.

(2) Voy. Gros et Lancereaux, obs. LIX et CLIX.

appréciable était une tendance à exécuter des mouvements giratoires ou de manége, comme l'a vu Neumann dans un cas (1), ou encore l'impossibilité de marcher en ligne droite, ainsi qu'il en existe des exemples dans l'ouvrage de Lagneau, et que semble l'indiquer le fait suivant :

Syphilide tuberculeuse et gommeuse. Désordres cérébraux multiples.

Obs. L. — Le nommé B..., âgé de trente-neuf ans, n'a jamais fait de maladie sérieuse, et il prétend n'avoir jamais eu aucune lésion aux parties génitales. C'est à l'usage de la pipe qu'il attribue les accidents qui l'amènent à l'hôpital. Il y a deux ans, il eut un mal de gorge sur la nature duquel il lui est difficile de se prononcer. Depuis trois mois, il est atteint d'une éruption qui existe encore et qui se présente sous forme de boutons ou de tubercules groupés en cercle, d'une coloration cuivrée et occupant d'une façon assez symétrique les parties postérieures des cuisses, les parties antérieures des aines, et la région des reins. Cette éruption se retrouve sur les bras, dans le creux poplité et sur le gland. A la face postérieure des deux avant-bras, à $0^m,02$ environ de l'olécrâne, on constate la présence de deux tumeurs arrondies, assez fermes et mobiles, du volume d'une petite noisette ; il existe une exostose sur la clavicule gauche. Depuis environ six semaines, vertiges, étourdissements, céphalée intense, insomnie opiniâtre ; puis, tout à coup, accès vertigineux plus violents, suivis de perte de connaissance. Ces accidents se reproduisent, une saignée est pratiquée. Plus tard survient une hémiplégie du côté gauche, et le malade est admis à l'Hôtel-Dieu, le 21 juillet 1862. La paralysie, fort incomplète, n'empêche pas la marche ; mais le malade fait remarquer qu'en marchant il se dirige toujours malgré lui vers la gauche. Il a pu se rendre à pied à l'hôpital, obligé, dit-il, de prendre le trottoir de gauche, le seul sur lequel il puisse rester. Bien que la bouche paraisse légèrement déviée, l'hémiplégie de la face est cependant fort douteuse. La parole, depuis la dernière attaque, est embarrassée, la mémoire peu fidèle, l'intelligence obtuse, la physionomie hébétée. Les battements du cœur sont sourds et irréguliers ; matité précordiale étendue ; le foie paraît sain. Absence de fièvre, mais teinte jaunâtre de la peau. Le diagnostic de l'affection cutanée ne pouvant être mis en doute, malgré les dénégations du malade, il y avait lieu de croire que les troubles cérébraux dépendaient d'une lésion ayant même origine ; un traitement spécifique fut en conséquence institué (iodure de potassium, pilules de Dupuytren).

Au bout de quelques jours, l'embarras de la parole diminua avec la céphalée, les vertiges et la paralysie gauche ; mais en même temps le bras droit se paralysa. Le traitement fut continué. Le 27, le malade se soutient mieux du côté gauche ; mais il marche en fauchant de la jambe droite, qui est plus faible. La dose de l'iodure de potassium est portée à 3 grammes. Le 28, les tumeurs gommeuses des avant-bras sont en voie de résorption, l'éruption pâlit et s'affaisse ; le même traitement est continué. La syphilide disparaît peu à peu sans laisser la moindre trace, les tumeurs des avant-bras cèdent également, l'exostose décroît. Plus tard on voit diminuer les accidents cérébraux, et ils avaient presque totalement disparu, quand le malade demanda sa sortie le 11 juillet suivant.

Ce serait une erreur que de croire trouver, dans tous les cas, l'un ou l'autre des groupes symptomatiques en question. De même que l'on observe fréquemment la coexistence des différentes lésions dont il a été parlé, de même il n'est pas rare de rencontrer simultanément les divers désordres ci-dessus énu-

(1) Neumann, dans *Wien. med., Halle*, IV, 2, 3, 1863, et *Schmidt's Jahresb.*, t. CXIX, p. 166.

mérés : l'observation qui suit en est un exemple trop important pour être passé sous silence.

Infection syphilitique. Exostose olécrânienne, céphalée, insomnie, hémiplégie gauche, accès d'épilepsie, délire et coma. — Adhérence de la dure-mère au cerveau. Induration diffuse et ramollissement de la substance cérébrale.

Un négociant âgé de quarante-six ans, de vie sobre, eut une fièvre gastrique dans le courant du mois de mars de l'année 1859, et, pendant sa convalescence, il fut pris d'une attaque de convulsions cloniques, tout en conservant l'intégrité de sa connaissance. Ces convulsions, qui commencèrent par les muscles de la langue, passèrent ensuite aux muscles de la mâchoire inférieure et de l'œil gauche. Du 13 mars au 10 juin, ce malade compta onze attaques un peu plus faibles que la première et qui se distinguèrent par une rotation de la tête à gauche. Le 10 juin, mouvements convulsifs dans la jambe gauche ; le malade tombe, mais sans perdre connaissance. Dans l'intervalle de ses attaques, il existait un léger tremblement de la plupart des muscles de la face, et en même temps des douleurs térébrantes presque continues de la tête, surtout au niveau de l'os pariétal droit. Le sommeil était mauvais, le caractère exalté ou déprimé. C'est dans ces conditions que ce malade entra à l'hôpital, présentant l'ensemble symptomatique propre à la pachyméningite chronique. On apprit que deux ans auparavant il avait eu une tuméfaction douloureuse de l'olécrâne droit, dont il restait encore une tumeur osseuse assez considérable. Il avoua avoir contracté la maladie syphilitique depuis plusieurs années. Les organes digestifs en mauvais état obligent de recourir aux onctions avec la pommade mercurielle. Quelques jours plus tard, exacerbation des douleurs de tête, pour lesquelles on prescrit une émission sanguine locale. Chaque jour on fait usage de 1gr,10 d'onguent napolitain sans provoquer de salivation ; mais au bout de trois semaines, il survient de l'anorexie et des nausées. La médication est momentanément interrompue et reprise quelques semaines plus tard ; mais les troubles gastriques ayant reparu, on la cessa définitivement. La céphalée, le tremblement et les convulsions avaient alors disparu. Le malade, toujours pusillanime, craintif, n'avait que peu de sommeil. Les maux de tête et les convulsions faisaient toujours défaut ; mais de temps à autre les muscles de la face étaient pris de tremblement, il y avait parfois de l'anxiété précordiale.

Vers la fin du mois de novembre, grande faiblesse et insomnie. Le 6 décembre, réapparition des douleurs de tête, perte de connaissance suivie d'une paralysie de tout le côté gauche. Cette paralysie s'améliore bientôt, mais ne disparaît pas entièrement ; le malade devient pleurnicheur, il a de la céphalalgie, un tremblement plus prononcé des muscles de la face ; on lui administre l'iodure de potassium et on applique un cautère à la nuque, mais sans succès. En 1860, attaques épileptiques avec perte complète de connaissance, l'hémiplégie persiste, et parfois il s'y ajoute des convulsions ; l'intelligence se fatigue vite. Le calcul est devenu presque impossible depuis la première attaque. Tel est l'état pendant l'hiver et l'été de 1860. En janvier 1861, se développe un érysipèle qui a pour point de départ le cautère, et qui, après avoir envahi toute la tête, finit par gagner le tronc. En février, l'érysipèle cesse, eschare de la peau qui recouvre le sacrum et l'olécrâne gauche. Le 2 mars, coma subit et mort dans l'après-midi.

Autopsie. — L'os pariétal droit est, à sa surface interne, dans une étendue d'une pièce de deux francs, spongieux, vasculaire, et en ce même point la surface externe de la dure-mère est couverte d'une fausse membrane villeuse. Par sa face interne cette membrane adhère, dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, avec la pie-mère et la couche corticale du cerveau. La masse qui produit cette union est, vers sa partie moyenne, solide, consistante, sèche et élastique ; elle s'enfonce entre les circonvolutions, où elle forme trois excroissances conoïdes. Ces excroissances sont en partie indurées et jaunâtres, en partie transformées en une bouillie granuleuse. La substance cérébrale du voisinage, qui est très-dure, envoie des

prolongements calleux jusqu'au centre ovale ; elle contient une petite tumeur ferme du volume d'un noyau de prune, grisâtre à la périphérie, sèche et jaune au centre. La substance médullaire de l'hémisphère droit est traversée par un tissu calleux ; on trouve quelques points plus mous au niveau de cette altération, qui occupe surtout les deux côté de la fosse de Sylvius. Il existe une petite quantité de liquide dans les ventricules latéraux, dont l'épendyme est épaissi. Le foie est de petit volume, atrophié principalement au niveau du lobe gauche. Dans le voisinage du ligament rond existe un tissu cellulaire calleux sans noyaux jaunes. La rate est molle. Les autres organes n'offrent pas de changement appréciable. Ulcération de la peau qui recouvre l'olécrâne. (Tüngel.)

Dans cette observation se rencontrent les principaux désordres signalés plus haut. La coexistence de ces désordres, l'alliance de la paralysie avec les convulsions ou la contracture, une céphalée plus ou moins vive, sont des circonstances qui, même en dehors de toute espèce de symptômes concomitants, pouvaient mettre sur la voie de la syphilis, car elles ne s'observent pas habituellement dans d'autres maladies. La céphalée, l'insomnie, la faiblesse de la mémoire, la paralysie de quelques-uns des nerfs moteurs de l'œil, le strabisme avec troubles de la vue sont des symptômes qui, joints à un certain degré de cachexie, doivent faire songer à la syphilis. Notons que cet ensemble symptomatique n'est nullement rare, ce qui tient à ce que, le plus souvent, les méninges et le cerveau sont simultanément affectés.

Une céphalée généralement vive et persistante, avec ou sans paroxysmes nocturnes, est un phénomène, sinon constant, du moins fréquent dans les affections qui nous occupent ; elle est le plus souvent associée à un certain degré d'hyperesthésie du cuir chevelu, à des vertiges et à des étourdissements. Dans le cours de ces affections, la sensibilité cutanée peut être troublée de diverses façons, ou bien primitivement, par suite de la localisation de la lésion encéphalique, ou bien secondairement, à cause de la dégénération consécutive de la moelle épinière. Dans ce dernier cas, le trouble se manifeste surtout sous forme hyperesthésique ; dans le premier, c'est plutôt de l'anesthésie. Ce phénomène plus ou moins étendu, en général circonscrit à un membre ou à une moitié du corps, ne concorde pas ordinairement avec la paralysie, en ce sens qu'il s'observe souvent à gauche quand la paralysie est à droite, et inversement.

Lorsque le cervelet est le siége plus spécial de la localisation anatomique, les manifestations symptomatiques les plus communes sont des nausées, des vomissements, l'ivresse des mouvements, la titubation dans la marche (1), des spasmes dans les muscles de la face ou de l'œil (2), et parfois des troubles de la vision. Quand le bulbe rachidien est particulièrement lésé, surtout au niveau de son plancher, il se produit un symptôme des plus curieux et des plus importants, c'est la polyurie. Celle-ci est tantôt simple (diabète insipide), comme dans un cas observé par Perroud (3), et dans le fait qui suit, tantôt accompagnée

(1) Voy. les observ. de Hitlairet et Greppo, dans Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 272 et 273. — Comparez Gailleton, *Gaz. méd. de Lyon*, 16 octobre 1864, obs. II.

(2) Ward, *Nouvelle bibliothèque méd.*, t. IV, p. 368, et Gros et Lancereaux, p. 272. — Leven, *Bulletin de la Soc. de biologie*, année 1863, p. 150.

(3) Perroud, *Tumeur du 4e ventricule avec polyurie et syphilis*, Lyon méd. 23 mai 1869, p. 81, et Ann. de dermat. et de syphilig., t. I, p. 519. — Lancereaux, *De la polyurie*, Thèse d'agrégation, Paris, 1869.

de la présence de sucre dans l'urine (diabète sucré) ainsi que l'ont noté Leudet, Jaksch et Düb (1) ; d'autres fois enfin, elle coexiste avec le passage de l'albumine dans les urines (diabète albumineux) (2).

Syphilis en 1834, accidents secondaires nuls, hémiplégie guérie par l'iodure de potassium, polyurie et polydipsie. Tumeurs gommeuses multiples et lésions des os du crâne.

Obs. LI. — Le nommé D..., âgé de cinquante-quatre ans, raconte qu'il a eu sur le gland, en 1834, des chancres accompagnés d'un bubon dans l'aine droite, lequel s'est terminé par suppuration. A la suite de ces chancres, il n'y eut point d'accidents secondaires, du moins après un séjour de deux mois à l'hôpital du Midi. En 1837, D... fit une chute du sixième étage dans la rue et tomba sur une voiture de foin. Transporté chez lui sans connaissance, il reprit bientôt ses sens et guérit rapidement d'une luxation de l'épaule droite et d'une fracture de la clavicule. Il reprend son travail, mais quelque temps après survient une hémiplégie droite lente et progressive, sans troubles cérébraux. Il existe en même temps des douleurs très-vives dans la partie droite de la tête, et du même côté que la paralysie des membres. Pendant plus d'un an, ce malade est inutilement traité ; soigné enfin par M. Boyer, il guérit rapidement sous l'influence d'un traitement par l'iodure de potassium. Il retourne à ses travaux, mais il est arrêté au bout de quelque temps par une nouvelle paralysie, qui occupe cette fois le côté gauche du corps. Cette paralysie suit la même marche et s'accompagne des mêmes accidents que la première, mais elle ne disparaît pas, et D... est placé à l'hospice de Bicêtre pour cette infirmité. Depuis lors, l'hémiplégie a presque entièrement disparu par l'emploi de l'iodure de potassium.

(1) Leudet, *Mémoire cité*, Moniteur des sciences méd., 1860, p. 1189. — Jaksch, *Ueber die durch Syphilis bedingten Lahmungen*, Allgemeinen Prager med. Wochenschrift, 44-52, 1865. — Düb, dans *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, t. LXXVII ; deux cas de diabète sucré avec manifestations syphilitiques, et guérison par un traitement spécifique.

(2) G..., trente ans, fumiste, s'aperçoit, le 15 août 1865, qu'il est porteur d'un chancre du prépuce ; pilules de proto-iodure de mercure et liqueur de Van Swieten pendant trois semaines. Fin d'octobre, il entre à l'hôpital du Midi ; excision du chancre, cicatrisation difficile, adénopathies cervicales, angine, iritis ; il sort en décembre, après avoir été soumis pendant vingt-cinq jours à l'emploi de l'iodure de potassium. Santé générale assez bonne jusqu'en juin ; survient un rupia qui envahit les membres et le tronc, et pour lequel sont administrés, à l'hôpital Saint-Louis, des bains de vapeur et des bains sulfureux. Cicatrisation de l'éruption sur la fin d'août, mais diminution des forces, œdème des jambes. Le 7 septembre, ce malade entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Lorain, qui voulut bien m'en prévenir. De larges cicatrices violacées sont répandues sur son corps ; ses jambes sont œdématiées ; ses urines, très-abondantes (plusieurs litres dans les 24 heures) et fréquemment rendues, contiennent de l'albumine. Céphalée persistante avec paroxysmes nocturnes, insomnie et étourdissements. Le foie, les poumons, le cœur n'accusent aucun trouble ; léger degré d'anémie. Iodure de potassium et mercure, vin de quinquina. Le 17 septembre, attaque épileptiforme, six accès dans l'espace d'une demi-heure, nouveaux accès dans la nuit, délire, la connaissance revient seulement le lendemain. La mémoire reste affaiblie, la vue est troublée ; il existe une légère hémiplégie à droite, de l'oppression et quelques râles dans la poitrine. Pendant plusieurs jours, le pouls est à 108 ; l'état est des plus graves. Le traitement est continué sans interruption, et à la fin d'octobre, ce malade quitte l'hôpital, n'ayant plus ni œdème, ni albuminurie ; son intelligence est nette, ses forces sont bonnes, et il se propose de reprendre bientôt ses occupations habituelles. — Comp. Hill, dans *British med. Journ.*, 24 mars 1868.

Que la syphilis ait été la cause des accidents éprouvés par ce malade, c'est là un point qu'il n'est pas possible de mettre en doute. Ce qui est plus discutable, c'est la corrélation de ces accidents, et surtout la liaison qui existe entre l'albuminurie et les troubles nerveux. Je pense, pour mon compte, que l'albuminurie était subordonnée aux accidents nerveux, à cause de l'ancienneté de la céphalée, de la disparition totale de l'albumine et de la guérison par les spécifiques.

Plus tard ce malade a eu des gommes, au nombre de trois, au niveau du lobule de l'oreille droite, qui est aujourd'hui détruit, et plusieurs autres dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse et du genou droits, pour lesquelles Desprès lui administra l'iodure de potassium. Ces dernières ont laissé de petites fistules qu'on peut voir encore sur la face interne du tibia.

En avril 1861, le malade, faible, amaigri, décoloré et cachectique, est presque toujours au lit. Il y a huit mois, il commença à éprouver une soif plus grande que d'habitude. Il buvait trois litres de tisane par jour; ce besoin a toujours été en augmentant, aujourd'hui il boit quatre litres de tisane et urine dans les mêmes proportions. Les gencives sont molles, sanglantes, les dents gâtées et déchaussées. Au début de la maladie, les fonctions digestives étaient très-régulières, mais elles ne tardèrent pas à s'altérer. L'appétit alla graduellement en diminuant, les digestions devinrent pénibles et même impossibles. Sitôt qu'il prend un peu d'aliments, le malade éprouve des douleurs au niveau de l'estomac et derrière le sternum, des étouffements, des sensations étranges qu'il compare à une barre comprimant l'estomac, des envies de vomir presque toujours suivies de vomissements; les douleurs ne disparaissent qu'après que l'estomac a rendu les matières contenues dans sa cavité.

Le ventre est volumineux, les selles sont rares, il y a une constipation habituelle, quelquefois des coliques et de la diarrhée. L'abdomen est douloureux dans toute son étendue, mais principalement au milieu de l'hypochondre droit. Sonorité gazeuse dans l'hypochondre gauche, au niveau de l'estomac; à l'épigastre, matité très-prononcée qui s'étend en bas jusqu'au niveau d'une ligne horizontale qui passerait à 2 centim. au-dessous de l'ombilic, et qui se prolongerait à gauche jusqu'à 4 centim. de la ligne médiane. Tout à fait à l'extrême gauche de l'hypochondre droit, le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes; mais la matité qui indique sa présence remonte très-haut dans la poitrine. La palpation fait découvrir au niveau de l'épigastre une tumeur à bords tranchants, déjà indiquée par la percussion. Depuis six mois, toux accompagnée d'une expectoration de crachats mousseux blanchâtres. Le malade accuse dans la poitrine des douleurs assez semblables, par leurs caractères et par leur siége, à des névralgies intercostales. La sonorité est anormale des deux côtés. En avant, la respiration est forte et rude; en arrière, il existe quelques râles bronchiques dans les deux côtés de la poitrine. La circulation est normale; on constate une augmentation dans la quantité d'urines rendues, quatre litres par jour. Cette urine, examinée à plusieurs reprises, n'a jamais présenté trace de sucre ni d'albumine. Le malade se plaint d'une céphalalgie très-vive, qui se manifeste principalement pendant la nuit, et qui très-probablement se rattache à la présence d'exostoses très-nombreuses qui siégent dans les os du crâne. Ces exostoses sont petites, très-peu proéminentes; on les distingue cependant très-facilement par le toucher et même à la vue.

Les fonctions intellectuelles sont saines. Il existe une légère hémiplégie à gauche, accompagnée d'un peu d'anesthésie dans la jambe. Cette hémiplégie, presque complète à l'entrée du malade à Bicêtre, a beaucoup diminué à la suite d'un traitement syphilitique auquel il a dû être soumis pour des gommes, exostoses, douleurs, etc.; mais la paralysie n'a pas encore entièrement disparu. Il existe plusieurs ulcérations recouvertes de croûtes à la face interne du genou droit. A côté de ces ulcérations on trouve des cicatrices blanchâtres.

L'état du malade va continuellement en s'aggravant. L'amaigrissement fait tous les jours de nouveaux progrès. Vomissements continuels, soif vive. Le malade est tourmenté par des douleurs qui ne lui laissent aucun moment de calme; la toux devient plus fréquente. Il survient un peu de fièvre, vers le soir, puis cette fièvre continue, et le malade meurt avec tous les symptômes d'une broncho-pneumonie, le 20 avril.

Autopsie. — Sur le frontal existent des éminences osseuses aplaties de forme irrégulière et de grandeur variable; la plus grande ne dépasse pas la largeur d'une pièce de cinquante centimes. Au milieu de ces nombreuses exostoses, il existe sur les os du crâne des espaces bleuâtres dans lesquels on enfonce facile-

ment un scalpel, et le tissu osseux disparu est remplacé par du tissu fibreux mêlé de vaisseaux. Ces lésions osseuses s'étendent jusqu'au diploé. Le périoste est épaissi dans les points correspondant aux altérations de l'os, et s'enlève facilement. A la face interne du crâne, la dure-mère adhère à la portion du frontal qui correspond aux altérations de la face superficielle de l'os ; lorsqu'elle est décollée, on voit la même raréfaction du tissu osseux qu'à la face externe de cet os. Les dépressions sont très-irrégulières à la face externe comme à la face interne. Les plus petites sont étoilées, les plus grandes ont une forme très-variée. Leur grandeur ne dépasse pas $0^m,01$ et demi dans tous les sens. Autour de ces dépressions et dans une grande étendue de la voûte du crâne, l'os est parsemé d'éminences et de sillons qui donnent à sa surface l'aspect d'une coupe de testicule. Le cerveau est sain dans toutes ses parties. A la base du crâne, il n'existe aucune tumeur, ni dans les os, ni dans les enveloppes fibreuses. La moelle épinière, les nerfs et les organes des sens n'ont pas été examinés

Le corps thyroïde offre un aspect qu'on peut comparer à du lard légèrement coloré par du sang. La trachée et les bronches sont saines. Les poumons présentent des adhérences des deux côtés, ils sont hépatisés aux bases et engoués dans le reste de leur étendue. A droite, au sommet, noyau scléreux du volume d'une noix ; à la base, épanchement de pus circonscrit par des adhérences. Les ganglions bronchiques, hypertrophiés, indurés et noirâtres, contiennent dans leur épaisseur des dépôts d'une matière jaunâtre plus ou moins ramollie et semblable à du pus. L'estomac est légèrement dilaté. La muqueuse de l'intestin grêle et d'une partie du gros intestin est noirâtre, ramollie, surtout au niveau de la valvule iléo-cœcale. Les nombreux ganglions lymphatiques qui reçoivent leurs vaisseaux de cette partie de l'intestin sont hypertrophiés ; ils renferment dans leur intérieur des masses enkystées, semblables à des foyers purulents. C'est exactement la même altération que celle des ganglions bronchiques. Le lobe droit du foie est un peu moins volumineux qu'à l'état normal ; le lobe gauche offre à sa partie supérieure une petite tumeur de la grosseur d'un pois, sa coupe est jaunâtre et rugueuse, sa consistance est friable. On observe, sur la face concave, plusieurs tumeurs du volume d'un grain de millet et une cicatrice froncée, dirigée d'avant en arrière, de la vésicule du fiel au bord postérieur de l'organe, d'une longueur de $0^m,07$; blanchâtre, fibreuse, déprimée, cette cicatrice a une épaisseur, de $0^m,01$ et plus. Elle adhère par le milieu de sa longueur à une masse volumineuse et pierreuse située dans l'épaisseur du foie, et qui a le volume et la forme d'une grosse noix. Elle est constituée par deux moitiés qui glissent l'une sur l'autre. Sa coloration est blanchâtre et sa dureté est telle qu'il est impossible de l'attaquer avec le scalpel. Autour de cette masse le foie est dur, comme fibreux en certains points ; ailleurs il renferme de petites tumeurs jaunâtres, grosses comme des grains de millet, pressées les unes contre les autres et tout à fait semblables à celles qui existent à la surface du foie. La face inférieure du foie ne présente rien d'anormal ; la vésicule est saine et remplie de bile verdâtre. Le tissu du foie paraît sain.

Le péricarde renferme dans son intérieur cinq ou six cuillerées de sérosité purulente. Le cœur est volumineux et très-ferme. Il n'y a aucune lésion aux orifices, mais la substance musculaire est profondément altérée. Cette substance a une coupe lisse, brillante, décolorée, jaunâtre, d'aspect lardacé. Les fibres musculaires sont infiltrées d'une grande quantité de granulations. Les reins ont leur volume ordinaire, ils sont mamelonnés à leur surface et parsemés de sillons. La substance sécrétante a une coloration jaunâtre lardacée. Les capsules surrénales elles-mêmes contiennent des dépôts de matière jaunâtre de la grosseur d'un grain de millet, les uns durs, les autres ramollis. Tous ces dépôts sont semblables les uns aux autres, ils ne diffèrent entre eux que par la grandeur.

La marche des affections syphilitiques de l'encéphale est lente, progressive. La céphalée, l'insomnie, les vertiges et les étourdissements sont assez ordinai-

rement les premiers symptômes; plus tard, il survient des paralysies, des troubles de l'intelligence et quelquefois des désordres de la sensibilité et des accès convulsifs. Après un temps plus ou moins long, l'encéphalite syphilitique devient stationnaire ou s'améliore peu à peu. Sa durée varie entre quelques semaines et plusieurs années. Sa guérison spontanée est rare, mais en général elle subit vite l'influence d'un traitement spécial ; sa disparition complète n'est toutefois possible qu'autant que les éléments nerveux ont conservé leur intégrité. Comme la tendance de la syphilis tertiaire est la destruction des tissus normaux, il arrive presque toujours, si l'altération a un peu de durée, que les éléments nerveux sont profondément modifiés ou même détruits, d'où la persistance indéfinie de certains symptômes, parmi lesquels se place en première ligne la paralysie. Ajoutons que ce symptôme, dans certains cas, se lie à un ramollissement de la substance encéphalique, par artérite syphilitique, et on comprendra mieux encore sa ténacité. Astruc avait déjà noté la difficulté de la guérison de la paralysie syphilitique, mais il n'en connaissait pas la raison.

Les faits qui témoignent de cette difficulté ne sont pas extrêmement rares. Nous pourrions rapporter plusieurs exemples de ces guérisons difficiles ou même impossibles, qui dès l'abord avaient donné les plus belles espérances ; nous nous contenterons d'en citer un seul, que nous a communiqué autrefois un médecin de Tongres, désireux d'avoir notre avis.

Obs. LII. — X..., brasseur, âgé de soixante-neuf ans, d'une bonne constitution, avait toujours joui d'une belle santé, quand à trente-deux ans il fut atteint d'une affection syphilitique qu'il ne décrit pas exactement. Il sait qu'il a eu des chancres pour lesquels il a pris beaucoup de mercure. Un an environ après les premiers accidents, il est atteint d'une paralysie des muscles moteurs de l'œil droit et de cécité. Ces symptômes disparaissent promptement ; mais peu après il ressent de la faiblesse des membres inférieurs, et plus tard se montre une paralysie incomplète de cette partie du corps. On employa successivement les vésicatoires, les moxas, les bains sulfureux, le seigle ergoté, la strychnine, etc., moyens qui restèrent tous inefficaces. La paraplégie persistait, et de plus une douleur violente au pied gauche rendait l'existence de cet homme très-pénible depuis trente ans. L'iodure de potassium fut prescrit d'abord à la dose de 1 gramme, et successivement jusqu'à 2 grammes et demi. Pendant les huit premiers jours, il y eut une amélioration notable ; mais plus tard, les médicaments se trouvant mal supportés, les effets devinrent très-peu sensibles et l'amélioration ne continua pas.

Dans ce fait et dans beaucoup d'autres du même genre, la longue durée du mal indique suffisamment que l'altération avait fini par atteindre et détruire les éléments nerveux, et ainsi une guérison complète n'était plus possible. Les troubles qui tiennent à l'excitation ou à la compression disparaissent ; mais ceux qui, comme la paralysie, sont liés à la modification anatomique des cellules et des tubes nerveux, persistent nécessairement. C'est un phénomène du genre de celui qu'on observe dans l'hémorrhagie cérébrale, où le caillot sanguin déchire et comprime tout à la fois les éléments nerveux. La mort peut être la conséquence des lésions syphilitiques de l'encéphale lorsqu'elles sont étendues ou que, circonscrites, elles occupent une région, comme la moelle allongée, dont l'intégrité est essentielle au maintien de la vie. Il est

des cas aussi où des accès épileptiformes qui jusque-là n'avaient présenté aucune gravité redoublent tout à coup de fréquence et sont suivis du coma et de la mort, sans que l'autopsie fasse toujours connaître la raison de cette terminaison subite et rapidement fatale (obs. XXX).

Diagnostic. — Le diagnostic de l'encéphalite syphilitique est difficile à cause des nombreuses formes symptomatiques qui peuvent se présenter. Pourtant la succession et la modalité des symptômes peuvent mettre sur la voie de la cause spécifique. Une céphalalgie intense, persistante et opiniâtre, avec paroxysmes nocturnes, étourdissements et vertiges, cédant rapidement à l'emploi du mercure ou de l'iodure de potassium, est un signe d'une grande valeur diagnostique. L'insomnie, qu'elle soit ou non liée à ce symptôme, est un signe non moins important et non moins fréquent (1). La paralysie syphilitique est remarquable par l'irrégularité de sa distribution et sa marche saccadée. L'hémiplégie n'a ni le début soudain ni la stabilité de l'hémiplégie symptomatique d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement cérébral consécutif à une oblitération artérielle, excepté dans le cas où cette oblitération est venue s'ajouter au processus syphilitique. Des attaques épileptiformes sans aura, des accès convulsifs cloniques ou toniques sans perte absolue de connaissance, précédés et suivis d'une céphalalgie plus ou moins violente, constituent d'autre part des modes symptomatiques qui font justement soupçonner la syphilis.

Mais il importe de ne pas s'arrêter à l'examen d'un seul système ; chaque organe doit être interrogé avec soin, et ainsi, s'aidant des commémoratifs et tenant compte des affections concomitantes cutanées, osseuses ou viscérales, et de l'état de cachexie qui fait rarement défaut, le médecin parviendra le plus souvent à reconnaître, avec le siége et l'étendue de la lésion, la source d'où elle dérive. C'est ainsi qu'une certaine déformation du foie coïncidant avec une albuminurie légère peut avoir dans l'espèce une grande importance diagnostique. Enfin, dans le cas où l'ensemble phénoménal vient à constituer l'un des syndromes connus sous le nom d'épilepsie, d'hémiplégie avec ou sans aphasie, ou même de paralysie généralisée, l'âge des malades et cette circonstance que le désordre maladif ne remonte pas au delà de l'apparition de la syphilis, seront des indications précieuses. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que l'encéphalite tertiaire reste toujours localisée à une partie du cerveau.

Les troubles cérébraux engendrés par les boissons spiritueuses sont faciles à différencier de ceux qui appartiennent à la syphilis. Dans l'alcoolisme, en effet, le malade est tourmenté par des rêvasseries, des illusions et même des hallucinations ; la sensibilité est toujours troublée et la céphalée nulle. De même les accidents paralytiques produits par le plomb se distinguent par leur localisation spéciale aux muscles extenseurs des membres. La paralysie générale progressive, telle que l'ont décrite les médecins français, n'est jamais, comme l'ont pensé quelques auteurs, un effet de la syphilis, dont le caractère, dans sa phase avancée, est de se traduire invariablement par des lésions uniques ou multiples, mais limitées, toujours partielles et peu étendues. A la vérité les désordres symptomatiques de la syphilis cérébrale peuvent offrir

(1) Consultez, sur ce symptôme, Fracastor, *loc. cit.*; Sigmund, dans *Arch. de méd.*, 1857, t. II, p. 225 ; Reynaud, dans *Ann. des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 312.

une grande ressemblance avec ceux de la paralysie générale ; mais, lorsqu'on y regarde de près, on s'aperçoit que cette ressemblance est plus fictive que réelle, et qu'elle tient à la localisation de l'altération sur un centre particulier à la motilité ou à certaines facultés intellectuelles, et non à la lésion de toute la périphérie de l'encéphale. En somme, il existe entre l'encéphalite syphilitique et l'encéphalite de la paralysie générale la différence que nous avons constatée entre la cirrhose de la syphilis et la cirrhose de l'alcoolisme ; l'une est générale, tandis que l'autre est toujours partielle, aussi, peut-on différencier ces affections. Céphalée intense au début, blépharoptose, strabisme, accès apoplectiformes, suivis d'hémiplégie et de troubles divers de la motilité ayant pour caractère spécial de disparaître rapidement ou instantanément ; tels sont les principaux symptômes pouvant faire reconnaître les paralysies syphilitiques qui se rapprochent le plus de la paralysie progressive des aliénés. L'évolution des symptômes est, dans l'espèce, de la plus grande importance.

Logées dans le cerveau ou situées à la surface des méninges, les tumeurs tuberculeuses et sarcomateuses de l'encéphale donnent lieu à des troubles qu'il n'est pas toujours facile de séparer de ceux qui appartiennent aux tumeurs syphilitiques ; mais, en tenant compte de l'âge des malades, de leurs antécédents morbides, de l'évolution du mal, on parviendra le plus souvent à soupçonner, sinon à diagnostiquer sûrement la nature de chacune de ces altérations. Les tubercules sont en effet l'apanage à peu près exclusif du jeune âge, et le cervelet est un de leurs principaux lieux d'élection. Le sarcome, au contraire, est l'effet d'un âge plus avancé. Il se fait remarquer par la lenteur de son développement et par une marche progressivement croissante, tandis que le néoplasme syphilitique s'arrête le plus souvent à un moment donné de son évolution. L'hémorrhagie cérébrale et le ramollissement ischémique se distinguent par une hémiplégie persistante, tenace, peu susceptible d'amélioration. Le diagnostic de la localisation syphilitique ressort nécessairement de l'étude symptomatique. La différence des symptômes, selon que les hémisphères, le cervelet ou le bulbe sont affectés, n'a ici rien de spécial ; mais il importe de savoir que les accès épileptiformes indiquent une lésion des méninges ou de la périphérie de l'encéphale.

Localisée dans l'encéphale, la syphilis doit être regardée comme une maladie grave, non-seulement en raison de l'importance des fonctions lésées, mais encore à cause de la fréquence des rechutes. Il arrive trop souvent de voir une amélioration ou même une guérison rapide être suivie d'accidents plus intenses que les premiers et plus difficiles à combattre (obs. XLV). Une statistique due au docteur Gjör nous apprend que, sur 30 malades, 5 furent guéris, 12 obtinrent une amélioration, 6 n'éprouvèrent aucun changement, 7 moururent (1). Sur 147 cas réunis par Lagneau fils, on compte une terminaison plus ou moins heureuse 83 fois, une terminaison funeste 57 fois, c'est-à-dire dans les deux cinquièmes environ des cas. La mort fut 7 fois l'effet d'une maladie incidente.

(1) Gjör, *Norsk Magazin*, t. XI, p. 694. — *Schmidt's Jahrb.*, t. CI, p. 794 (*Arch. de méd.*, mai 1859, p. 615).

L'examen des faits, d'accord avec les données de la physiologie, indique que les lésions les plus graves sont celles qui portent sur les parties les plus essentielles à la vie. Les lésions osseuses ou méningiennes, celles qui n'occupent que la périphérie et la convexité de l'encéphale, sont beaucoup moins graves que celles qui atteignent les parties plus profondes et la base. Relativement aux symptômes, on peut dire que la céphalalgie et l'insomnie sont sans gravité. Les vertiges, les accès convulsifs, ne permettent pas toujours de préjuger sûrement l'issue de la maladie ; mais ils sont moins à redouter que les symptômes paralytiques et les troubles des facultés intellectuelles (idiotie, hébétude, torpeur, somnolence), qui, de tous les désordres syphilitiques de l'encéphale, sont certainement les plus graves. Ces accidents sont d'autant plus sérieux qu'ils sont plus anciens, parce qu'il y a à craindre une destruction plus ou moins considérable des éléments nerveux circonvoisins. Cette destruction est à peu près certaine quand une contracture permanente vient s'ajouter à la paralysie. Quoi qu'il en soit, les localisations syphilitiques de l'encéphale sont moins redoutables, même en l'absence d'un traitement spécifique, que toutes les affections d'une provenance différente ; c'est surtout lorsqu'on sait les reconnaître et les traiter assez tôt que ces manifestations peuvent être avantageusement combattues.

§ 3. — Myélite syphilitique.

Bibliographie. — S. Wilks, dans *Med. Times and Gaz.*, t. II, p. 85, 1861. Art. de Hutchinson et Jackson. — Mac Dowel, Dublin quarterly Journal, N. S. XXXII, p. 321. — E. Wagner, *Das syphilom*, etc. Archiv de Heilkunde, 1863, p. 173. — W. Moxon, *On syphilitic disease of the spinal cord.* Guy's Hospit. Reports, S. III, vol. XVI, p. 217, 1871. — J. M. Charcot et Gombault, *Sur un cas de lésions disséminées des centres nerveux observées chez une femme syphilitique.* Archives de Physiologie normale et patholog., t. V, p. 143, 1873. — L. Hale, *Cas de paralysie syphilitique*, The American Journ. of syphilogr. and dermatology, oct. 1872.

La moelle épinière, d'une composition histologique peu différente de celle du cerveau, est, comme ce dernier organe, sujette à l'action du virus syphilitique. Certains faits de guérison de paraplégie sous l'influence d'un traitement spécifique attestent cette action que rendent indubitable les caractères de l'altération constatée dans quelques cas suivis de mort. Les affections médullaires syphilitiques appartiennent surtout à la période tertiaire, mais on peut aussi les rencontrer avec des caractères un peu différents dans la période secondaire ; la lésion qui les constitue alors est plus étendue et se rapproche davantage du processus phlegmasique ordinaire.

Étude anatomique. — Les lésions syphilitiques de la moelle épinière occupent, comme celles de l'encéphale, tantôt les enveloppes et plus particulièrement la dure-mère spinale, tantôt la substance nerveuse. Un épaississement plus ou moins considérable des méninges avec adhérences aux parties voisines, des dépôts gommeux situés sur la face interne ou externe de ces membranes, telles sont les altérations des enveloppes spinales. Plusieurs cas de syphilis viscérale mentionnent l'une ou l'autre de ces dispositions. Le docteur Voillemier nous a montré autrefois un dessin figurant

la présence de néoplasmes gommeux à la surface interne de la dure-mère rachidienne : un exemple analogue se rencontre dans l'ouvrage de Zambaco (1). Le pourtour de la moitié inférieure de la région dorsale de la moelle et de toute l'étendue de la région lombaire était envahi par un épanchement gélatineux de consistance gommeuse. Une femme paraplégique qui succomba à l'âge de cinquante-trois ans et qui se disait infectée de syphilis par son mari, fut examinée par Wilks qui trouva dans la région lombaire de la moelle épinière du côté droit un dépôt dur du volume d'une noix et d'une étendue de trois quarts de pouce, entouré par les racines postérieures des nerfs auxquelles il adhérait entièrement. Incisée, cette masse parut composée d'une substance opaque jaune, amorphe, en tout semblable à la substance qui constituait les nodules trouvés dans les poumons et le foie. A la surface de ce dernier organe existait du reste une cicatrice (2).

Les lésions de la substance propre de la moelle épinière ont été jusqu'ici peu étudiées. De même que les altérations syphilitiques des viscères, elles sont les unes diffuses, les autres circonscrites. Dans les lésions diffuses, dont nous rapportons plus loin (voyez *Syphilis héréditaire*) deux exemples particuliers à des nouveau-nés, la moelle épinière est plus ou moins indurée, l'épendyme est épaissi, des éléments nouveaux de tissu conjonctif avec ou sans corpuscules amyloïdes existent entre les éléments nerveux, qui sont consécutivement lésés ou détruits. Le fait que voici peut donner une idée de cette sorte de sclérose. Un homme de cinquante-sept ans, mort des suites d'une paraplégie, présenta, en même temps qu'une myocardite et des cicatrices profondes à la surface du foie, un ramollissement peu étendu avec faible exsudation sanguine vers la partie moyenne de la région cervicale de la moelle épinière. Cette altération se trouvait constituée par des faisceaux de fibres conjonctives, des cellules embryonnaires, des granulations graisseuses, des capillaires graisseux et des détritus d'éléments nerveux. Malheureusement ce fait manque des antécédents du malade : mais il est permis de soupçonner la nature syphilitique de la lésion médullaire d'après sa coexistence avec les cicatrices hépatiques.

L'observation très-intéressante récemment publiée par Charcot et Gombault donne, avec les détails les plus complets, la description d'une myélite diffuse partielle coexistant avec des plaques de sclérose encéphalique dont l'origine syphilitique paraît peu contestable. A la partie supérieure de la région dorsale, sur une étendue d'un centimètre environ, la portion latérale gauche de la moelle est légèrement renflée et indurée. L'arachnoïde épaissie englobe les racines nerveuses correspondantes, qui sont grises et manifestement atrophiées. Au niveau de cette altération, dans la moitié gauche de la moelle et dans les cordons postérieurs, le tissu a pris une couleur gris rose uniforme et paraît très-vasculaire, sa consistance est grande ainsi que son élasticité ; il est impossible de distinguer la substance grise qui est envahie par le produit morbide. Au-dessous, la coloration grise se limite de plus en plus exactement au cordon latéral. Au-dessus, elle occupe les cordons postérieurs jusqu'à la partie supérieure de la région cervicale. Au niveau du point renflé, on voit

(1) Zambaco, *Des affections nerveuses syphilitiques*, Paris, 1862, p. 251.
(2) Voy. Hutchinson et Jackson, *Med. Tim. and Gaz.*, 1861, t. II, p. 85.

que la tuméfaction de l'organe est constituée en partie par l'épaississement de la pie-mère et de l'arachnoïde, qui enveloppent les racines des nerfs altérées à ce niveau et les appliquent sur le cordon latéral. Celui-ci n'a pas augmenté de largeur, son tissu se colore par le carmin, sa partie postérieure et externe, transformée en gros faisceaux fibreux verticaux, est confondue avec la face profonde de la pie-mère. Les éléments nerveux ont à ce niveau disparu; d'épais tractus conjonctifs, partis de ce point, traversent toute la largeur du cordon pour gagner la substance grise; ils servent de support à des vaisseaux couverts de noyaux et dont la gaîne est remplie de corps granuleux cellulaires. Dans cet espace, le tissu est en grande partie formé de corps étoilés entre lesquels on distingue à grand'peine çà et là un cylindre d'axe. On y rencontre quelques corps volumineux munis de prolongements multiples, abondants surtout au niveau de la substance grise. Il existe en même temps une dégénérescence secondaire descendante du cordon latéral gauche et ascendante des cordons postérieurs. Après ce que nous savons des manifestations syphilitiques des viscères, il y a lieu de penser qu'il s'agissait d'une modification analogue dans la plupart des observations de paraplégie syphilitique sans lésion appréciable rapportées par les auteurs : on est d'autant plus porté à le supposer, qu'aucun examen microscopique n'a été fait (1). Une semblable supposition peut être faite pour quelques cas de paraplégie suivie de guérison (2). Rappelons que dans notre cas de tumeur gommeuse du bulbe, une des moitié de la moelle épinière était le siége d'un foyer inflammatoire.

La tumeur gommeuse constitue la lésion caractéristique de la forme circonscrite. Quelques faits seulement indiquent l'existence de cette lésion. L'un d'eux, rapporté par Mac-Dowel, signale, avec l'intégrité des méninges, l'existence, au centre de la portion dorsale de la moelle épinière, d'une tumeur s'étendant à droite de la ligne médiane, de consistance ferme et de couleur jaunâtre. Cette tumeur, du volume d'un gros pois, est parfaitement ronde, lisse à sa surface extérieure, et, sur une coupe, elle offre une apparence fibro-gélatineuse. Le tissu nerveux qui l'entoure est très-ramolli, fortement injecté, tacheté de jaune à son centre. Il n'y a pas trace de tubercules dans les poumons. Le foie est cirrhosé, la rate grosse et ramollie; les reins sont sains. Une observation qui fait partie du mémoire de Wagner mentionne l'existence d'une tumeur du volume et de la forme d'une noisette, d'une coloration blanc bleuâtre, avec noyau jaunâtre, occupant le centre de la moitié gauche de la moelle allongée. Une autre tumeur du volume d'une noix, d'un aspect lardacé à la coupe, siégeait en même temps dans l'hémisphère gauche du cervelet. Le foie adhérait partout aux organes voisins; mais avec l'auteur lui-même on ne peut s'empêcher, ainsi que le fait remarquer le docteur Jaccoud (3), de conserver quelques doutes sur l'origine syphilitique de cette dernière altération.

(1) Voy. Gjör, *Norsk Magazin*, XI et XIX, 1856. — Ricord, *Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens*. — Zambaco, *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1862.

(2) Follet, *Paraplégie syphil.; guérison*, Bulletin de thérapeutique, t. LXXIII, p. 90. 1867. — Chevalet, *Paralysie aiguë ascendante guérie par les onct. merc.*, Ibid., 77, p. 328. — O. Bayer, *Heilung einer acut. ascend. spinal Paralysie unter antisyphil. Behandl.*, Archiv d. Heilkunde, vol. IX, p. 105, 1869.

(3) *La paraplégie et l'ataxie des mouvements*. Paris, 1864.

Hale signale la présence d'une gomme de la moelle au niveau de la troisième vertèbre lombaire d'un nègre qui avait eu d'abord une paralysie de la jambe droite, puis une paraplégie complète avec rétention d'urine. Chez un homme mort de paraplégie à l'âge de trente-cinq ans, et qui, sept ans plus tôt, avait été atteint de chancre et d'éruption syphilitique, Moxon constata l'existence, dans la moitié inférieure de la moelle épinière, au-dessous de la pie-mère, de plusieurs taches brunes ou noirâtres variant depuis l'étendue d'un grain de mil jusqu'à celle d'un pois. Ces taches étaient manifestement plus fermes que les parties voisines de la moelle, qui était indurée dans son quart supérieur, molle dans ses trois quarts inférieurs. Elles étaient formées par une masse foncée, peu ferme et résistante, au centre de laquelle se trouvait une substance molle, gommeuse, jaunâtre, élastique, différente par sa consistance de la substance voisine, et qui présentait à la coupe une forme semi-circulaire. Cette altération occupait surtout les cordons postérieurs et les cordons latéraux de la moelle ; elle présentait à l'examen microscopique, dans la zone extérieure, du tissu conjonctif fibrillaire, à noyaux très-nombreux, parsemé de masses de myéline ; au centre se trouvait un tissu jaunâtre de même structure, sauf que ses éléments étaient en voie de dégénérescence. La zone extérieure renfermait des vaisseaux sanguins ; on observait un grand nombre de corpuscules granuleux dans le tissu médullaire du voisinage ; les os de la voûte crânienne étaient sclérosés.

Ces différents faits mettent hors de doute l'action de la syphilis sur la moelle épinière ; ils montrent que les productions syphilitiques de cet organe ne diffèrent pas sensiblement de celles du cerveau. Mais, à côté des lésions qui intéressent primitivement le centre médullaire ou ses enveloppes, il existe des altérations secondaires résultant d'une modification de la colonne vertébrale. Ces altérations, peu différentes de celles que produirait un corps étranger venant comprimer le centre médullaire, sont évidemment subordonnées au désordre anatomique du système osseux et au degré de compression qui en est la conséquence. Elles sont constituées par des phlegmasies avec ramollissement et destruction plus ou moins considérable des éléments nerveux.

Les lésions vertébrales dont ces myélites dépendent se montrent sous forme d'exostoses, de caries ou de nécroses. Chez un soldat dont Minich de Padoue a publié l'observation, il y avait au milieu de la deuxième vertèbre dorsale une saillie douloureuse qui fut à bon droit considérée comme une exostose syphilitique, lorsqu'on vit l'iodure de potassium amener la guérison d'une paraplégie concomitante. Un fait analogue a été observé par Piorry. Dupuytren, Montfalcon, Leprestre (de Caen), ont rapporté des observations de carie vertébrale syphilitique (1).

Étude symptomatique. — Les symptômes particuliers des lésions syphilitiques de la moelle épinière présentent des différences nécessairement en rap-

(1) Voy. Léon Gros et Lancereaux, *Des affections nerv. syphilitiques*, 1861, obs. CCXXXV, CCXL, CCXLI, CCXLII, CCXLIII. — Comparez : Allain, *Compression de la moelle épinière par une ou plusieurs exostoses syphilitiques*, dans *Monit. des hôpit.*, 1858. — Passavant, *Syphilitische Lahmungen* Virchow's Archiv, XXV, 1862.

port avec le siége de la localisation anatomique sur tel ou tel point de l'enveloppe ou du centre spinal. Vouloir indiquer ces différences, ce serait nous mettre dans l'obligation de parler de tous les faits connus ; aussi nous bornerons-nous à faire connaître les phénomènes le plus généralement observés. L'un des plus importants, dans le cas d'altération des enveloppes, est une rachialgie localisée, parfois intense et plus violente dans la nuit, quand sans doute il existe en même temps une lésion du canal rachidien. Ainsi un malade observé par Ch. Bernard accusait la sensation d'une barre ou constriction autour des reins et du ventre. C'est d'autres fois à l'extrémité des cordons nerveux des membres que se fait sentir la douleur, qui n'a jamais ni l'intensité ni la rapidité des douleurs de l'ataxie locomotrice franche. Les malades accusent en outre des sensations diverses de froid, d'engourdissement, qui ont pour siége plus spécial les extrémités (1). La sensibilité tactile est quelquefois altérée : elle était très-affaiblie chez un malade de Houstet, dont les extrémités inférieures étaient d'ailleurs froides et avaient perdu le mouvement: il en était de même chez d'autres malades, soignés par Sandras, Allain, Lagneau père, Pétrequin, etc.

Un symptôme plus commun et qui fait rarement défaut, lorsque la moelle est affectée, c'est la paralysie. J. Frank va même jusqu'à considérer la vérole comme étant l'une des causes les plus fréquentes de la paraplégie. Depuis Houstet (2), qui, en 1733, guérissait à l'aide de frictions mercurielles un individu atteint de paralysie complète des deux membres inférieurs, de rétention des urines et des matières fécales, d'impuissance virile, plusieurs observations plus ou moins analogues (3) ont été rapportées; mais elles n'ont pas toutes un cachet d'absolue certitude au point de vue d'une liaison causale avec la syphilis. Or, si l'on s'en tient aux faits les mieux observés, la paraplégie survient presque toujours longtemps après l'apparition de la diathèse syphilitique, elle a un début lent et progressif plutôt que brusque ; caractérisée dès l'abord par de l'incertitude et de la faiblesse dans la marche, elle présente, avant d'être complète, des oscillations fréquentes, ce qui est le propre d'un grand nombre de manifestations syphilitiques. Le plus souvent limitée aux membres inférieurs, cette paralysie envahit parfois les membres supérieurs (obs. Landry), assez rarement elle est accompagnée de contractures ou de convulsions. Un malade de Cirillo et un autre de Portal avaient bien des mouvements convulsifs dans les extrémités inférieures; mais il n'est pas parfaitement établi que ces deux malades dussent leur affection à la syphilis. Ces symptômes, du reste, lorsqu'ils existent, font ordinairement partie des premiers ou des derniers désordres qui viennent révéler l'existence d'une affection médullaire syphilitique.

De même que les encéphalites, les myélites syphilitiques ont des moments d'arrêt dans leur marche, et lorsque par l'emploi d'un traitement approprié

(1) Voy. une observ. de Vidal (de Cassis), *Traité des maladies vénériennes*, Paris, 1855, p. 486, et une autre de Landry cité par Zambaco, p. 231.

(2) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, p. 224. Paris, 1810.

(3) On trouvera ces observations et leur indication bibliographique dans l'ouvrage de G. Lagneau et dans le nôtre.

on arrive à produire une amélioration qui est presque la guérison, il n'est pas rare de voir survenir une rechute. De cette façon les affections syphilitiques de la moelle épinière peuvent avoir une durée assez longue; leur guérison est tantôt complète, tantôt incomplète. Quelques faits établissent la possibilité d'une cessation définitive de tout trouble fonctionnel; mais il en est d'autres qui se sont terminés par la mort.

Diagnostic. — Le diagnostic de la myélite syphilitique présente de grandes difficultés, et s'il arrive que cette affection passe quelquefois inaperçue, par contre, il n'est pas rare de voir attribuer à la syphilis et traiter en conséquence des paraplégies qui ne sont rien moins que spécifiques. Il importe de ne pas oublier que les lésions syphilitiques tertiaires de la moelle épinière ont pour principaux caractères, de même que les lésions cérébrales, hépatiques et pulmonaires, d'être circonscrites, lentes dans leur évolution, insidieuses dans leur début, et ainsi on comprendra que ces lésions, tout en paralysant le mouvement volontaire, laissent quelquefois persister, du moins en partie, la sensibilité et les mouvements réflexes des membres. Les affections qui simulent les désordres fonctionnels liés aux lésions syphilitiques de la moelle épinière sont la myélite partielle chronique ou sclérose médullaire, et certaines tumeurs endothéliales et fibreuses, dont l'évolution est lente et dont les symptômes sont quelquefois peu différents de ceux que causent les dépôts syphilitiques. Or, comme il n'existe aucun signe propre à ces altérations, il en résulte que les antécédents du malade et les affections concomitantes sont à peu près les seules bases du diagnostic. Une paraplégie incomplète, accompagnée de sensations douloureuses sur le trajet des cordons nerveux et de contracture, indique plus particulièrement une lésion des enveloppes; au contraire, une paraplégie complète avec mouvements réflexes est plutôt le signe d'une lésion primitive de la moelle épinière.

Si l'on s'en tient aux faits connus, il est difficile d'indiquer avec précision le degré de gravité des myélites syphilitiques, et d'ailleurs leur pronostic varie nécessairement avec le siége et l'étendue de l'altération. Comme une guérison complète peut avoir lieu dans certains cas, lorsqu'un traitement intervient avant la destruction des éléments nerveux, les lésions syphilitiques de la moelle épinière sont relativement moins sérieuses que celles de la plupart des affections de ce même organe. La destruction une fois produite, les désordres symptomatiques sont irrémédiables, et peut-être y a-t-il lieu de rattacher à la syphilis certains cas de paraplégie ancienne sans atrophie sensible des muscles et avec conservation du pouvoir réflexe.

§ 4. — Affections syphilitiques des nerfs.

De même que l'encéphale et la moelle épinière, les cordons nerveux sont passibles des lésions syphilitiques, soit que celles-ci envahissent primitivement une plus ou moins grande partie de leur étendue, soit que secondairement elles les affectent par suite de la compression résultant des altérations des organes de voisinage et surtout des os. Les exostoses, les hyperostoses, les lésions des tissus fibreux, etc., sont en effet autant de causes capables de modifier

l'intégrité des cordons nerveux et de déranger leurs fonctions. Déjà nous avons rattaché à une altération de ce genre les hémiplégies faciales qui surviennent au début de la période secondaire; mais ces lésions indirectes fixeront peu notre attention, et nous nous arrêterons de préférence aux lésions tertiaires, à celles surtout qui intéressent directement la substance même des cordons nerveux.

Étude anatomique. — Envisagées au point de vue où nous nous plaçons, les modifications anatomiques que présentent les nerfs sont de deux ordres, et se traduisent, soit par l'épaississement de la trame de tissu conjonctif (névrite interstitielle, hyperplasie diffuse), soit par la présence de nodules comparables aux névromes, mais qui en réalité ne sont que des tumeurs gommeuses. Chez une malade affectée de syphilis constitutionnelle, de paralysie complète de la cinquième paire, et sujette à des accès d'épilepsie, Todd (1) trouva le ganglion de Gasser et les nerfs qui en émanent atrophiés par suite d'une compression exercée par des fausses membranes (*in consequence of pressure from adherent membranes*). Une observation déjà signalée de Bayle et Kergaradec note la destruction des nerfs olfactifs, le ramollissement et la diminution de volume des nerfs optiques. Ces mêmes nerfs, le gauche surtout, sont, dans un cas rapporté par Meyer (obs. VIII), petits et manifestement atrophiés. Dans un fait de Esmarck et Jessen (2), les nerfs oculo-moteurs, noueux à leur sortie du crâne, présentent une épaisseur triple de leur volume normal, et sont transformés, ainsi que le névrilème, en une masse homogène, lardacée, constituée par une substance finement grenue. Le trijumeau gauche est hypertrophié, les nerfs acoustiques du même côté ont une coloration d'un jaune pâle. Un cas d'amaurose syphilitique rapporté par Dittrich (3) fait mention d'une transformation du nerf optique en une masse d'un gris sale, flasque, villeuse et fibreuse. Virchow a observé à la place du nerf oculo-moteur droit une masse épaisse, rougeâtre et calleuse; l'oculo-moteur gauche était tuméfié et infiltré d'un tissu rougeâtre, et les nerfs olfactifs se perdaient dans un tissu pathologique de nouvelle formation. Il serait difficile de ne pas voir dans quelques-uns de ces faits, malgré des détails anatomiques assez incomplets, une altération primitive du nerf dont la trame unissante serait le point de départ. Notons cependant que, dans la majorité des cas, les lésions syphilitiques des nerfs crâniens coexistent avec l'altération des artères du voisinage et l'épaississement circonscrit des méninges molles (4). Cette circonstance, en même temps qu'elle indique la marche du processus phlegmasique de la circonférence vers la profondeur du nerf, rend compte de la localisation spéciale de cette altération, et explique la disparition parfois rapide, sous l'influence d'un traitement spécifique, des troubles particuliers à ce genre d'affection. Cependant, même dans ces cas, les tubes nerveux peuvent être atrophiés par l'infiltration de jeunes cellules semblables à celles des dépôts gommeux (5).

(1) Voy. Hutchinson et Jackson, *loc. cit.*, p. 133.

(2) Esmarck et Jessen, dans *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1857, p. 20 et suiv.; L. Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 288.

(3) *Prager Vierteljahrschr.*, 1849, t. 1, p. 23.

(4) Voy. J. Hughlings Jackson, *Cases of disease of the nervous system*, London hosp. Reports, vol. IV, p. 314, 1867.

(5) Voyez Fr. Robinson, dans *Transact. of the path. Soc. of London*, vol. XX, p. 17.

Dixon (1), dans deux cas de syphilis tertiaire, a constaté, en partie dans l'enveloppe, en partie dans la propre substance des nerfs optiques, oculo-moteur, droit externe et trijumeau, de petites masses rougeâtres ou jaunâtres très-fermes. Des dépôts analogues occupaient en même temps les membranes cérébrales et s'étendaient autour de la carotide interne et de l'artère basilaire. Rayney fit l'examen d'un de ces dépôts qui était d'un jaune pâle, dur et presque cartilagineux, et le trouva formée d'un tissu fibreux mélangé de matière granuleuse. Portal (2) rapporte qu'une femme depuis longtemps atteinte de syphilis (exostose) présentait au fond de l'orbite une tumeur fongueuse de la grosseur d'une fraise, adhérente au bulbe du nerf optique. Le sphénoïde était carié près du trou optique. La dure-mère adhérait aux os. La substance cérébrale était ramollie vers les éminences mamillaires; il y avait un épanchement rougeâtre dans les ventricules.

Les nerfs cérébraux sont le siége le plus habituel des localisations syphilitiques, qui se montrent surtout à leur point d'émergence. Plus rares sont les lésions des nerfs rachidiens. Le sciatique, en raison sans doute de son volume et de sa vascularité, les cordons nerveux du plexus brachial sont parmi ces organes ceux dont les désordres ont été le plus souvent rattachés à la syphilis; mais les caractères anatomiques de ces désordres n'ont pas encore été, que je sache, vérifiées par l'autopsie. Cependant, à en juger par l'atrophie musculaire qui les accompagne quelquefois, les altérations de ces nerfs ne différeraient pas sensiblement de celles des nerfs cérébraux, de sorte que la description anatomique qui précède peut s'appliquer aux cordons nerveux en général.

Étude symptomatique. — Une étude collective des symptômes qui correspondent aux lésions syphilitiques des nerfs est difficile en raison de la différence de fonction physiologique propre à chacun de ces organes. Effectivement, à ne prendre que les nerfs cérébraux qui sont le plus souvent affectés, on voit qu'il en est, comme le moteur oculaire commun, le moteur oculaire externe, le grand oblique, dont l'altération amène presque invariablement la paralysie des muscles moteurs de l'œil; tandis que le trijumeau révèle sa souffrance par des phénomènes douloureux, et que les nerfs optiques déterminent des troubles de la vision. Ainsi il importe d'étudier séparément les désordres fonctionnels relatifs à chaque paire nerveuse.

NERFS DE LA TROISIÈME PAIRE, OU MOTEURS OCULAIRES COMMUNS.

La paralysie des nerfs oculo-moteurs communs ou de la troisième paire est tellement fréquente dans le cours de la syphilis, que son existence seule doit toujours éveiller l'idée de cette maladie. Les faits observés jusqu'ici se sont présentés tantôt dans le cours de la période secondaire, ainsi qu'il arrive pour certaines hémiplégies faciales; tantôt, et le plus souvent, dans la période tertiaire. La paralysie occupait rarement les deux côtés, quelquefois même elle

(1) *Med. Times and Gaz.*, 23 oct. 1858.
(2) *De la nature et du traitement de l'épilepsie.* Paris, 1827, p. 48.

était limitée à une seule branche ou à un seul rameau nerveux; mais alors les centres plutôt que les cordons nerveux étaient lésés. Un des premiers phénomènes de cette paralysie, c'est l'abaissement ou prolapsus de la paupière supérieure, sans épiphora, ce qui tient à la persistance d'action du muscle orbiculaire. Dans certains cas, la branche du muscle releveur se trouvant seule altérée, ce phénomène est unique. Mais le plus souvent les autres branches prennent part à l'altération, il existe alors un strabisme externe, et l'œil subit autour de son axe un mouvement de rotation de bas en haut et de dehors en dedans; en même temps la pupille est dilatée et l'iris a perdu sa mobilité. Quelques malades accusent en outre de la diplopie et un certain degré de faiblesse visuelle, par défaut d'accommodation de l'œil (1).

Tels sont les symptômes de la paralysie syphilitique de la troisième paire. Cette paralysie n'est pas toujours isolée, quelquefois elle coexiste avec des désordres encéphaliques (2); et ceux-ci sont d'une grande utilité au point de vue étiologique, car, le plus souvent, cette paralysie n'ayant aucun caractère spécial, les manifestations qui l'accompagnent viennent seules dévoiler son origine.

NERFS PATHÉTIQUES OU DE LA QUATRIÈME PAIRE.

La paralysie des nerfs pathétiques, si l'on s'en rapporte aux faits publiés, reconnaît rarement une origine syphilitique. Il est vrai qu'elle a été peu observée. Mackensie (3) et de Graefe (4) en ont rapporté chacun un cas. Le symptôme capital de cette affection est une diplopie à laquelle s'ajoute en général un léger abaissement de la cornée du côté paralysé. Un caractère de cette diplopie, c'est que les deux images sont placées l'une au-dessus de l'autre, et qu'elles persistent, quel que soit le point vers lequel les yeux convergent. Selon Follin, pour faire disparaître la seconde image, il suffit de faire décliner la tête à gauche si le grand oblique droit est paralysé, et à droite si c'est le muscle grand oblique gauche.

NERFS MOTEURS OCULAIRES EXTERNES OU DE LA SIXIÈME PAIRE.

Les affections syphilitiques des nerfs moteurs oculaires externes, ont été observées par Rayer, Badin d'Hurtebise, Sandras (5), Mackensie, Knorre (6), Foville, Moissenet, Landry, Beyran (7), Luton (8), A. Maunier (9); elles se mani-

(1) Voy. Ebrard, *Gaz. méd. de Paris*, 25 févr. 1843, p. 221. — Rayer et Badin d'Hurtebise. Thèse de Paris, 1849, p. 17-22. — G. Lagneau, *loc. cit.*, p. 242. — V. de Méric, *Cases of syphilitic affection of the third nerve, producing mydriasis, with and without ptosis*, British med. Journal, 1870.

(2) Voy. les observations de Ebrard, Schutzenberger, Sandras, Ricord, Yvaren, Deval, Dupré, Hérard, etc., dans Léon Gros et Lancereaux, *loc. cit.*

(3) *Traité des maladies de l'œil*, trad. franç. par Warlomont et Testelin, Paris, 1856, p. 519.

(4) *Archiv für Ophthalmologie*, t. I, p. 313, 318.

(5) *Journ. de méd. et de chirurg. prat.* Paris, 1851, p. 338, et *Gazette des hôpitaux*, 30 oct. 1854.

(6) *Deutsche Klinik*, 1849, p. 60.

(7) *Union méd.*, juillet 1860, Paralysie syphilitique du nerf moteur oculaire externe.

(8) *Union méd.*, 20 sept. 1860.

(9) *Paralysie syphilitique de la sixième paire* (*Union méd.*, 1861, t. II, p. 394).

festent généralement par la perte du mouvement de ces muscles. Quelquefois associée à d'autres paralysies, comme dans un cas de Ramskill (1) où les cinquième, sixième et septième paires nerveuses étaient simultanément affectées, la paralysie des moteurs oculaires externes est souvent précédée de douleurs ayant leur siége habituel dans les régions temporale, sus-orbitaire et frontale du même côté, ou même dans la région temporale du côté opposé. Strabisme interne ou convergent, diplopie et un certain degré de faiblesse visuelle, tels sont les principaux symptômes de la paralysie syphilitique de ces nerfs. Beyran a noté en outre le rétrécissement de la pupille avec persistance de sa contractilité, ce que Luton a voulu expliquer par une anomalie en vertu de laquelle la racine motrice du ganglion ophthalmique serait fournie par le moteur oculaire externe. L'œil se trouve porté dans l'adduction, et si la paralysie est incomplète, les efforts du malade se manifestent par de petites secousses qui rejettent le globe oculaire en dehors sans pouvoir l'y maintenir; mais si la paralysie est complète, l'œil retenu en dedans ne laisse apercevoir qu'une partie de la cornée, l'autre partie étant cachée dans le grand angle de l'œil. La diplopie n'existe qu'autant que les malades fixent les deux yeux sur un objet ; avec un seul œil la vue est toujours nette. Les deux images sont parallèles ou superposées, suivant la disposition de l'objet. La guérison, qui est la terminaison ordinaire de cette paralysie, ne se fait pas attendre, en général, plus de quinze à trente jours, sous l'influence d'un traitement antisyphilitique. Il est à remarquer que toute autre médication reste sans résultat. Le pronostic est sans gravité.

NERFS FACIAUX OU DE LA SEPTIÈME PAIRE.

C'est ordinairement par des troubles paralytiques que se traduit l'affection tertiaire du nerf de la septième paire. Cette variété de l'hémiplégie faciale syphilitique n'est pas très-rare, puisque Ladreit de Lacharrière en signale treize cas presque tous survenus dans la période tertiaire. La lésion qui en est la cause est jusqu'ici fort mal connue, en raison de la rareté des autopsies. Quelques observateurs, il est vrai, ont admis sans preuve directe, une lésion du tissu fibreux (inflammation du névrilème) ou des os (exostose ou périostose). Ménière, au rapport de Bedel, aurait constaté, sur des individus syphilitiques dont le temporal paraissait hypertrophié, le gonflement du rocher et l'altération du nerf de la septième paire ; mais il est vraisemblable que cette paralysie est le plus souvent produite par des dépôts syphilitiques siégeant à l'origine des nerfs. Ordinairement précédée de douleurs vives, la paralysie faciale a un début tantôt brusque, tantôt lent et en quelque sorte progressif, ce qui semble déjà dénoter que des lésions diverses peuvent lui donner naissance. Ses caractères sont bien connus : tous les muscles de la face, d'un même côté, sont généralement paralysés, d'où la déviation de la commissure labiale, la difficulté du sifflement, de la mastication, etc., comme aussi l'impossibilité de fermer l'œil. L'orbiculaire des paupières est le plus souvent atteint dans cette forme de paralysie, qui est le fait ordinaire d'une altération du nerf lui-même. L'excitabilité

(1) Ramskill, dans *Medical Times and Gaz.*, 1868, p. 934.

électrique des muscles diminue ou se perd complétement, et la persistance ou l'absence de ce phénomène indique si l'altération occupe l'encéphale ou le nerf facial. La déviation du voile du palais est le symptôme d'une lésion voisine de l'origine de ce nerf. Dans certains cas, des troubles concomitants de la sensibilité ont donné lieu de croire que la cinquième paire était en même temps affectée.

La paralysie faciale syphilitique n'atteint en général qu'un seul côté de la face. Davaine (1) rapporte, d'après Ch. Bell, un seul cas de paralysie faciale syphilitique double. Ordinairement plus rebelle que les paralysies des nerfs moteurs de l'œil, cette affection finit néanmoins par céder le plus souvent à un traitement approprié : c'est dire que son pronostic est sans gravité. Le nerf peut toutefois s'atrophier et subir une destruction plus ou moins complète ; alors la paralysie devient persistante.

NERFS PNEUMOGASTRIQUES ET SPINAUX OU DIXIÈME ET ONZIÈME PAIRES.

Il n'est jusqu'ici, à notre connaissance du moins, aucun fait positif qui indique que les nerfs pneumogastriques aient jamais été le siége réel d'une localisation syphilitique. Cette lacune semble tenir à la grande facilité de confondre avec des désordres pulmonaires les troubles qui résultent de l'altération de ces nerfs, comme aussi au peu de soin que l'on met à rechercher les lésions dont ils peuvent être affectés. Pourtant, il y a lieu de se demander si ce n'est pas à l'altération des nerfs pneumogastriques ou des nerfs spinaux que l'on doit attribuer certaines paralysies du pharynx, certaines affections asthmatiques (2) ou gastralgiques (3), qui ont paru céder assez rapidement à l'emploi d'un traitement spécifique. Ajoutons que des cas d'aphonie ont pu être rattachés à une altération syphilitique située au niveau de l'artère basilaire et s'étendant jusqu'à ces nerfs (4).

NERFS HYPOGLOSSES ET GLOSSO-PHARYNGIENS.

L'existence d'une lésion syphilitique des nerfs hypoglosses n'est jusqu'ici nullement établie, et si, dans certains cas de syphilis, il est fait mention de la difficulté ou de l'impossibilité d'articuler les sons, ce trouble se rattache à une altération tout à fait indépendante de ces nerfs (5). Aucun fait, que je sache, n'indique de lésion ou de troubles syphilitiques avérés du côté des nerfs glosso-pharyngiens. Mais on conçoit que les nerfs en question soient, à cause de leur voisinage avec les artères vertébrales, susceptibles d'être compris dans

(1) *Mémoires de la Société de biologie*, t. IV, année 1852. — Comparez . O'Conor, *Paralysie double de la face*, dans *Union méd.*, 1861, t. II, p. 160, et *Dubl. quarterly Journ.*, févr. 1861. — Maunier, *Hémiplégie faciale*, dans *Gaz. des hôpit.*, 1862, p. 27. — J. Lane, *Cas de paralysie syphilitique de la septième paire de nerfs*, The Lancet, II, p. 47, July 1870.

(2) Voy. B. Bell, *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, Paris, 1802, p. 638. — L. Gros et Lancereaux, *loc. cit.*

(3) Trousseau et Andral, cités par Gros et Lancereaux, *loc. cit.*, p. 67.

(4) Hughl. Jackson, *Cases of disease of the nervous system*, London hosp. Reports, vol. IV, p. 316 et 320.

(5) Voy. Lagneau, *Affect. nerveuses syphilitiques*. Paris, 1860, p. 322.

un dépôt syphilitique, et l'on se demande si notre défaut de connaissance n'est pas le simple résultat du peu de soin que nous apportons dans nos recherches.

NERFS TRIJUMEAUX.

Les symptômes propres aux lésions du nerf trifacial varient non-seulement avec le degré de compression ou d'altération de ce nerf, mais encore avec la branche nerveuse affectée. Des sensations diverses, des douleurs plus ou moins violentes, parfois de l'anesthésie, tels sont, avec des troubles musculaires du côté des mâchoires, les désordres observés en pareil cas. Une malade de Lallemand (1) conserva, à la suite d'une hémiplégie syphilitique momentanée, des fourmillements et des engourdissements dans tout le côté droit de la face, comme si une toile d'araignée eût été appliquée sur sa peau. Une sensation semblable existait dans la moitié droite de la langue et dans le pouce droit. Un cas rapporté par Hérard et Baudot (2) fait mention d'un engourdissement de l'aile droite du nez et des parties voisines de la joue et de la lèvre supérieure. La douleur, qui est le phénomène le plus constant, occupe en général l'une des moitiés latérales de la tête (Waton, Rayer, Badin d'Hurtebise, Yvaren). Tantôt elle est mobile, comme chez une malade de Guérard, où elle passa de gauche à droite ; ou bien elle se manifeste en même temps des deux côtés (Benj. Bell, Graffenauer, Cruveilhier, Yvaren). Tantôt elle reste limitée à l'une des branches du trijumeau, ou même à l'un des rameaux de ces branches, au rameau frontal de l'ophthalmique. Quelques auteurs enfin, comme Plenk, Meckel, J. Frank, etc., ont admis une odontalgie syphilitique, mais sans aucun fait à l'appui. Plus violente au niveau de quelques points, cette douleur s'irradie dans des directions variées ; chez une malade de Rayer, elle eut d'abord son maximum d'intensité à la tempe gauche, plus tard sur le front, puis sur le côté gauche de la racine externe du nez, suivant le trajet du rameau externe du nerf nasal qui est une émanation de l'ophthalmique de Willis. Sans vouloir insister plus longuement sur le siége de ces douleurs, disons qu'elles présentent parfois des paroxysmes nocturnes (Frank), et qu'elles sont, dans certains cas, accompagnées de désordres indiquant que la petite racine, ou racine motrice du même tronc nerveux, participe à l'altération. Au sujet d'une malade observée par Ozia-Aimar, et qui guérit par un traitement spécifique, il est dit : « Mandibulas frequenter agitabat (morbus), ita ut lintea continuo intra dentes habere cogeretur, quæ identidem mordebat ac dentibus conterebat. » Dans deux cas rapportés, l'un par Waton (3), l'autre par Schutzenberger (4), il est également fait mention d'un tremblement de la mâchoire inférieure. L'anesthésie et l'analgésie succèdent parfois à ces désordres : c'est l'indice de la destruction plus ou moins complète des racines ou du tronc nerveux (5).

(1) *Rech. anat. path. sur l'encéph.*, t. III, p. 101.
(2) *Union médicale*, 2 janvier 1859.
(3) Deux observ. de tic douloureux de cause vénérienne. *Rec. périod. de la Société de médecine de Paris*, t. IV, p. 178.
(4) *Gaz. méd. de Strasbourg*, 20 mars 1850. — Lagneau, *loc. cit.*, p. 258.
(5) Hughlings Jackson, dans *London hosp. Reports*, vol. IV, p. 120, 1867. — Hutchinson,

Le diagnostic des lésions syphilitiques du trijumeau repose à peu près entièrement sur les commémoratifs et les antécédents des malades. Il importe aussi de tenir compte des manifestations concomitantes. Le pronostic n'est pas grave, pourvu que l'on n'intervienne pas trop tard.

NERFS RACHIDIENS.

Moins exposés que les nerfs crâniens à l'influence de la syphilis, les cordons nerveux rachidiens manifestent des troubles de la motilité et de la sensibilité qu'il est parfois difficile de ne pas rattacher à cette maladie. Ces troubles se montrent sous forme de contracture et de paralysie, ils simulent des névralgies, l'analgésie ou l'anesthésie. Schutzenberger signale chez un de ses malades une douleur de l'épaule droite et de l'extrémité correspondante, survenant sans cause connue ; cette douleur est accompagnée de crampes qui font incliner la tête vers la droite et d'une contracture des fléchisseurs des doigts. Si les nerfs intercostaux sont lésés, les douleurs occupent les côtés de la poitrine, comme cela s'observait chez un malade de Ebrard, qui ne pouvait dormir à cause d'une constriction et d'une pesanteur dans les parois du thorax. Piorry guérit à l'aide d'un traitement spécifique un individu qui souffrait de douleurs dans les plexus lombaire et sciatique. Notre Traité des affections nerveuses syphilitiques (1) contient trois cas de névralgie sciatique depuis longtemps rebelles à toute médication et qui cédèrent comme par enchantement, quand, venant à soupçonner une syphilis, on prescrivit un traitement mercuriel et ioduré. Vandekeere (2) a relaté un cas de névralgie ilio-scrotale qui fut combattue avec succès par la liqueur de Van Swieten.

De même il est un certain nombre de cas de paralysie partielle qui paraissent reconnaître une origine spécifique. Un homme âgé de quarante ans, traité pour des douleurs rhumatismales dans le dos, le cou et les bras, eut plus tard une atrophie de la région supérieure du cou et du membre supérieur gauche avec affaiblissement des muscles de ces régions. Les eaux d'Aix en Savoie avaient dissipé les douleurs ; l'atrophie et la paralysie résistaient aux moxas et aux vésicatoires, quand une éruption de syphilis conduisit à administrer l'iodure de potassium, et cet agent fit cesser tous les accidents (3). Semblable fait se trouve rapporté par Vidal, de Cassis (4). Nous savons d'ailleurs qu'un certain nombre de paralysies partielles avec atrophie et perte de l'excitabilité électrique des muscles, dont la cause avait pu rester

Paralysie de la cinquième paire, quinze ans après le début de la syphilis, Ophthalmic hospital Reports, VI, 2, 1868.

(1) *Loc. cit.*, p. 63. Comparez : Cirillo, *Traité complet des malad. vénér.* Paris, 1803. — J. J. Plenk, *Doctrina de morb. venér.*, Vienne, 1779. — Zambaco, *Affect. nerv. syph.*, 1862. — Bruneau, *Sciatique syphil.* (*Gaz. des hôpit.*, 1864, p. 118).

(2) *Mém. sur les formes insolites de la syphilis,* dans *Journ. génér. de méd. et de chirurg.* de Sédillot, t. CII, p. 310. — E. Vaulpré, *Quelques faits de la névralgie syphilitique* (*Bullet. de thérapeutique,* 30 janv. 1852, et *Ann. des malad. de la peau,* t. IV, p. 137). — Franceschi, *Cas de syphilis tertiaire,* dans *Il Raccoglitore medico,* 1848, et *Gaz. méd. de Paris,* 1848, p. 614. — Leubuscher, *Deutsche Klinik,* n° 6, 1861.

(3) Niepce, *Moniteur des hôpitaux,* 1853, p. 383.

(4) *Traité des malad. vénér.*, p. 441. Paris, 1855.

méconnue, provenaient en réalité de la syphilis. Le fait suivant, que nous a communiqué l'un de nos meilleurs amis (1), vient appuyer notre observation. Une femme âgée de trente-cinq ans a contracté un chancre, il y a sept ans (1857) ; elle a eu depuis une roséole, et pendant trois mois elle fut soumise à un traitement par des pilules, après quoi il y eut disparition complète des premiers accidents. Un an plus tard, douleurs et gonflement du genou droit ; pendant toute l'année, souffrances nocturnes ; frictions inutiles. (Traitement des accidents tertiaires : 3 grammes d'iodure de potassium par jour, et guérison après trois mois.) Les douleurs revenant quelques années plus tard, la malade reprend l'iodure de potassium. En novembre 1864, nouvelles douleurs au niveau de l'épaule gauche, l'humérus est volumineux et déformé par la présence des périostoses. Les muscles des régions sus-épineuse et sous-épineuse sont atrophiés, les muscles deltoïde et grand pectoral ont subi la même altération, ils répondent à peine à l'excitabilité électrique. Il y a exorbitisme et grande difficulté de mouvoir les mâchoires ; l'œil droit, sorti de l'orbite, paraît plus ferme ; les tissus se dépriment sous les doigts, et laissent une dépression comme dans l'œdème dur ; les urines contiennent de l'albumine. Le traitement ioduré est repris, et plus tard l'état s'améliore.

En consultant les faits de paralysie partielle rapportés par Duchenne (de Boulogne), dans son *Traité de l'électrisation localisée*, je me suis demandé si la syphilis n'était pas quelquefois en cause, et j'ai été porté à croire qu'il en était vraisemblablement ainsi dans plusieurs cas.

Au résumé, la plupart des troncs nerveux peuvent subir l'influence de la syphilis; mais, malgré une altération à peu près identique, chaque nerf traduit sa souffrance par des symptômes particuliers en rapport avec la fonction qui lui est dévolue. Les nerfs encéphaliques, par suite de leurs rapports avec les artères cérébrales, sont ceux dont l'altération est la plus fréquente; viendraient ensuite le nerf sciatique, puis les autres troncs nerveux.

Les désordres qui se lient à ces altérations n'ont aucun caractère distinctif; ainsi il importe pour le diagnostic de s'appuyer sur les commémoratifs des malades et de tenir compte de l'exacerbation nocturne des douleurs. Tant qu'il n'y a pas de destruction des éléments nerveux, ces affections peuvent guérir. Plus tard, la guérison doit être regardée comme difficile; elle n'est peut-être pas impossible, puisque les tubes nerveux sont susceptibles de reproduction, ainsi que l'ont établi les belles recherches de Philipeaux et Vulpian (2).

NERFS SYMPATHIQUES.

Ces nerfs n'échappent pas à l'influence pernicieuse de la syphilis sur la nutrition des tissus et des organes. Ils sont, suivant Petrow (3), passibles d'une double altération : l'une porte sur les cellules nerveuses, et se traduit par une

(1) Le docteur Paul Rousseaux, aujourd'hui médecin distingué à Vouziers (Ardennes).

(2) *Recherches expérimentales sur la régénération des nerfs séparés des centres nerveux*, dans *Mém. de la Société de biologie*, année 1859.

(3) P. Petrow, *Ueber die Veranderungen des sympat. Nervensyst. bei constit. Syphilis*, Archiv f. path. Anat., t. LVII, p. 121, 1873.

dégénérescence pigmentaire et colloïde de ces cellules; l'autre consiste dans une modification hyperplastique du tissu interstitiel peu différente de celle que la syphilis détermine au sein des autres organes, elle entraîne secondairement l'atrophie des cellules et des fibres nerveuses. Enfin l'endothélium qui entoure les cellules nerveuses peut participer au processus pathologique; au début on observe une abondante prolifération cellulaire endothéliale, plus tard une métamorphose régressive et granulo-graisseuse des éléments de nouvelle formation.

Nous avons autrefois réuni six faits de viscéralgie (gastralgie, entéralgie, hépatalgie), que l'observation clinique portait à rattacher à la syphilis. Ces faits, empruntés à des auteurs recommandables (Trousseau et Pidoux, Andral, Portal, Baumès), font mention de désordres qui, en l'absence de toute démonstration anatomique, paraissent devoir être attribués à une modification des branches nerveuses sympathiques, plutôt qu'à une lésion matérielle de l'organe souffrant. Il faut convenir, en tout cas, que les viscéralgies syphilitiques ne constituent pas des affections graves et sérieuses, puisqu'elles ont guéri la plupart du temps avec rapidité (1).

ART. IX. — APPAREILS DES SENSATIONS SPÉCIALES

§ 1. — Appareil de l'olfaction.

La membrane muqueuse, les os, les cartilages, les nerfs olfactifs, tous les tissus, en un mot, qui concourent à la formation de cet appareil, peuvent être isolément ou simultanément affectés de syphilis tertiaire. Fidèle à notre plan, nous étudierons les lésions propres à ces diverses parties.

RHINITE SYPHILITIQUE ULCÉREUSE, OZÈNE SYPHILITIQUE.

Une forme des plus graves parmi les inflammations ulcératives des membranes muqueuses est la rhinite syphilitique, affection d'autant plus sérieuse qu'elle est fréquemment méconnue et qu'on ne s'aperçoit souvent de son existence que lorsqu'elle a fait des ravages irréparables. Dans le principe, le malade ressent de l'embarras dans l'une des narines avec sensibilité et douleur fixe sur un point particulier; il présente les symptômes de l'enchifrènement et de l'état catarrhal, il expulse de temps en temps une croûte poreuse, noirâtre, teinte de sang à la surface; un liquide séreux, inodore, à peine coloré, est sécrété en même temps que du mucus. Plus profonde et plus étendue, cette altération donne lieu à l'écoulement permanent d'un liquide séro-sanieux d'autant plus fétide que des parties plus profondes sont affectées. Vient-elle à occuper l'orifice antérieur des fosses nasales, on aperçoit, sur la cloison ou à la face interne des ailes du nez, une croûte jaunâtre qui recouvre un ulcère arrondi et comme fongueux. Est-elle plus élevée, l'emploi du rhinoscope devient nécessaire pour

(1) Voy. L. Gros et Lancereaux, *Des affections nerveuses syphilitiques*, p. 65. Paris, 1861. — Laboulbène, *Des viscéralgies*. Thèse d'agrégation. Paris, 1860.

l'examen des ulcérations et des végétations de l'orifice postérieur des fosses nasales et de la paroi supérieure de l'espace naso-pharyngien. Dans trois cas observés par Türck, les ulcérations de l'espace naso-pharyngien étaient accompagnées d'une lésion analogue de la paroi postérieure du pharynx.

Que l'altération de la membrane de Schneider entraîne la destruction de l'os et du cartilage sous-jacent, ou que ces parties soient primitivement lésées, on voit trop souvent des portions considérables d'os ou de cartilages dénudés se détacher et être expulsées. Le liquide qui s'écoule dans ces conditions est d'un noir sale et de la plus grande fétidité, l'odorat est affaibli ou totalement perdu, les parties qui avoisinent les ulcères se tuméfient, deviennent rouges et douloureuses, le nez change de forme, il s'affaisse et s'aplatit (nez de punais) si la cloison est attaquée. Dans d'autres circonstances, la peau qui recouvre les cartilages du nez s'enflamme, et reste quelque temps rouge et sensible, puis surviennent de petits ulcères qui par leur réunion ne font bientôt plus qu'une seule plaie; les cartilages sont à peu près détruits, et le nez prend une forme effilée un peu crochue, qui lui a valu la dénomination de nez de mouton. Ces diverses altérations, qui finissent par l'élimination des os et des cartilages, étaient déjà connues de Baillou qui écrivait (1) : « Il est une espèce d'anosmie qui vient dans le troisième temps de la vérole, lorsque l'intérieur des narines a été rongé et ulcéré. » C'est à ces altérations que l'on a donné le nom de nécrosie syphilitique (2). Signalons encore des tumeurs gommeuses analogues à celles que l'on observe dans le larynx; ces tumeurs, à part les désordres directs qu'elles déterminent, sont une cause d'altération secondaire des tissus osseux et cartilagineux (3).

Les affections dépendantes de la morve, du farcin et de la scrofulose, se rapprochent, par quelques-uns de leurs caractères, des lésions syphilitiques des fosses nasales. La rhinite morveuse se distingue toutefois à son début par la présence, sur la muqueuse nasale voisine de l'orifice antérieur, de petites pustules arrondies, entourées d'un cercle rosé, et plus tard par des ulcérations sanieuses différentes de celles qu'engendre la syphilis. Les lésions spéciales à la scrofulose, lentes dans leur évolution comme les accidents syphilitiques, sont plus difficiles à distinguer de ces dernières manifestations. Les commémoratifs et ce fait que les ulcérations scrofuleuses des fosses nasales succèdent le plus souvent au ramollissement de dépôts tuberculeux, sont des circonstances qui viendront en aide au diagnostic. Déjà, par les douleurs qu'elle détermine, la céphalée qui l'accompagne ordinairement (4) et l'odeur infecte qu'exhalent les fosses nasales, la rhinonécrosie syphilitique ne peut être confondue avec la rhinonécrosie typhique, dont elle diffère du reste par sa marche et par la nature des manifestations antécédentes ou concomitantes. Ces manifestations constituent à peu près la seule donnée qui puisse servir à reconnaître l'anosmie syphilitique provenant d'une altération des nerfs olfactifs.

Les affections nasales syphilitiques ne mettent pas par elles-mêmes l'exis-

(1) Baillou, *Paradigma*, n° 47, et Sauvages, trad. franç., t. II, p. 213.
(2) G. Lagneau, dans *Gaz. hebdom. de médecine et de chirurgie*, p. 441. Paris, 1860.
(3) Saint Arroman, Thèse de Paris, 1858, p. 18.
(4) Frèd. Hoffmann, t. III, p. 442 et p. 198. — B. Bell, t. II, p. 146. — Lagneau, *Gaz. hebd.*, p. 441, 1863.

tence en danger ; mais il faut savoir que, lorsqu'elles sont profondes et qu'elles attaquent les os, elles peuvent être suivies d'une résorption putride ou purulente, ou tout au moins d'une déformation du nez et d'une gêne des fonctions de la respiration.

NÉVRITE OLFACTIVE.

Quelques faits établissent l'envahissement possible des nerfs olfactifs par la syphilis ; nous citerons une observation de Bayle et Kergaradec (1) où ces nerfs sont détruits, un cas de Virchow où ils sont comme perdus dans une désorganisation considérable du cerveau. Le travail qui nous est commun avec le docteur Gros contient des faits analogues. Malheureusement les désordres fonctionnels ont été la plupart du temps mal observés ; mais les expériences physiologiques relatives aux nerfs olfactifs sont trop explicites pour qu'on puisse se refuser à admettre leur altération sans une anosmie partielle ou totale.

§ 2. — Appareil de la vision.

LÉSIONS DES VOIES LACRYMALES.

Bibliographie. — G. Lagneau, *Malad. syphil. des voies lacrymales*, Archives de médec., t. I, 1855. — Bourgeois, *Presse médicale belge*, 5, 1863, dans Schmidt's Jahrb., p. 223, n° 8, août 1864. — Zeissl, *Ueber syphilitische Erkrankung. d. Thranen- und Nasenwege*. Wien. Wochenblatt, XVII, 11, 12, 1861, et *Constitutionn. Syphilis*. Erlangen, 1864.

Les lésions syphilitiques des glandes conglomérées ne sont pas communes ; cependant nous avons vu plus haut que la glande sous-maxillaire pouvait être touchée par la syphilis. Le docteur Châlons (2) a rapporté un cas d'altération de la glande lacrymale survenue sous l'influence de cette même cause. Un individu qui avait contracté un chancre eut successivement un gonflement des ganglions lymphatiques, une iritis, un coryza ulcéreux et un gonflement des deux glandes lacrymales. Ce gonflement était devenu peu à peu si considérable, qu'il formait sur le côté externe du globe de l'œil une saillie surprenante et bizarre, plus considérable à droite qu'à gauche. La paupière supérieure pendait comme un sac devant l'œil et présentait une coloration légèrement rouge, surtout dans sa moitié externe. Son mouvement d'élévation était néanmoins peu entravé. Lorsqu'on explorait la tuméfaction avec le doigt, on sentait le bord de la glande lacrymale tuméfiée proéminer le long de la fosse lacrymale. Le gonflement n'était pas douloureux et n'occasionnait d'autre incommodité qu'un léger degré de pression et de tension. Il n'existait aucun trouble appréciable dans les fonctions de la glande lacrymale. Des frictions avec l'onguent gris furent prescrites. Le coryza, l'angine, le gonflement de la glande se modérèrent vers le troisième ou le quatrième jour, et même cette

(1) *Nouv. Bibliothèque méd.*, févr. 1823.
(2) Châlons de Luxembourg, *Adenitis lacrymalis syphilitica* (*Preuss vereins Zeitung*, n° 42, 1859).

dernière diminua de volume d'une manière si sensible, qu'on ne put douter d'une action spécifique exercée par l'onction mercurielle. Le malade, après l'usage d'une once d'onguent mercuriel, fut complétement guéri.

Les voies lacrymales et le canal nasal en particulier sont généralement moins épargnés que la glande, en raison sans doute de leur structure fibro-osseuse. Boerhaave, Saint-Yves, Astruc, Fabre, Gardanne, Hunter, Plenk, Swediaur, Wenzel, Demours, Boyer, Chélius, Walter, Cloquet, Lagneau père, Velpeau, Tavignot, Yvaren, ont signalé l'existence d'affections syphilitiques de ces parties qu'ils ont presque tous rattachées à une lésion osseuse. B. Bell, Petit-Radel et Jourdan parlent de fistules lacrymales d'origine syphilitique. Tout récemment, Lagneau fils a publié sur la matière un excellent mémoire (1), et, depuis lors, Zeissl, Bourgeois, ont ajouté quelques faits à ceux déjà connus.

Les désordres syphilitiques des voies lacrymales ont pour point de départ, ou bien l'inflammation de la conjonctive, ou bien une lésion osseuse, et cette différence d'origine implique une différence dans l'époque de leur apparition et dans les moyens locaux de traitement. Celles de ces affections qui résultent d'une modification de la membrane muqueuse du sac ou des conduits lacrymaux apparaissent d'ordinaire dans la période exanthématique de la maladie, en même temps que l'érythème des muqueuses nasale et oculaire; mais on les voit encore venir plus tardivement, à la période tertiaire, qui est celle ou se produisent généralement les lésions osseuses. Un boursoullement plus ou moins considérable constitue le principal phénomène qui se lie à l'altération de la membrane muqueuse; plus tard, cette membrane finit par s'ulcérer, et de là des brides et un rétrécissement plus ou moins considérable dans un des points des voies lacrymales, souvent même un épiphora consécutif. Si elle a pour siége le canal nasal, cette altération peut amener à sa suite une tumeur susceptible de se terminer par une fistule. Les lésions osseuses (périostose, exostose, carie ou nécrose) affectent l'os unguis ou l'apophyse montante des os maxillaires supérieurs, quelquefois l'apophyse angulaire du coronal, et alors, à la partie interne ou inférieure du bord de l'orbite, on constate, à l'aide du doigt ou au moyen du cathétérisme du canal nasal, un gonflement dur, résistant, osseux, qui met le plus souvent sur la voie du diagnostic. La possibilité de guérir par un traitement spécifique les affections syphilitiques des voies lacrymales rend leur pronostic moins grave que celui des lésions analogues qui n'ont pas la même cause. Dans le cas d'oblitération consécutive à une cicatrice de la muqueuse, il convient d'ajouter au traitement général un traitement local.

LÉSIONS DES PAUPIÈRES.

Les paupières sont diversement affectées par la syphilis. Cullerier, Mackensie (2), Ricord (3) et plusieurs autres, observateurs ont vu des chancres de ces

(1) *Arch. de méd.*, t. I, p. 536. 1857. Ce mémoire contient dix observations dont deux sont personnelles à l'auteur.

(2) *Traité des maladies de l'œil*, trad. franç. de Warlomont et Testelin, t. I, p. 174. Paris. 1856.

(3) Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 2e édit. — Desmarres, *Traité des maladies de yeux*,

parties produits par des baisers ou par les doigts d'une personne infectée ; un fait de ce genre nous a été rapporté par le docteur Alph. Desmarres. Le chancre des paupières est généralement induré et accompagné d'adénopathies préauriculaires et sous-maxillaires, ce qui lui constitue un signe précieux de diagnostic. L'importance de ce diagnostic est grande, car on conçoit combien fâcheuse serait une erreur qui conduirait à enlever ce chancre dans l'idée qu'il s'agit d'un épithélioma. Les lésions syphilitiques secondaires de la conjonctive et des paupières diffèrent peu, nous le savons, des éruptions de la peau, avec lesquelles elles coexistent souvent. Dans la période tertiaire, la surface externe des paupières est quelquefois le siége d'une syphilide ulcéreuse ou même serpigineuse, qui, par la rétraction cicatricielle qu'elle détermine, est capable d'amener un ectropion, accident qui peut encore survenir à la suite des tumeurs gommeuses. Lawrence a vu les paupières tendues et douloureuses, couvertes d'ulcérations arrondies grisâtres dont le point de départ avait été un tubercule cutané. Il importe de ne pas confondre ces diverses lésions avec les ulcères cancéreux.

Les lésions tertiaires des paupières n'intéressent pas seulement la peau et le tissu sous-cutané, elles affectent quelquefois aussi la conjonctive. Un cas d'altération gommeuse de cette membrane a été rapporté par Magni de Bologne (1), mais il ne paraît pas à l'abri de toute contestation. Une jeune fille de dix-huit ans, à la suite d'une blennorrhagie et d'ulcères, eut une éruption cutanée et une iritis; six mois plus tard, œdème des paupières, larmoiement, douleurs étendues aux deux yeux, continues, avec exacerbation nocturne; photophobie intermittente. Plusieurs tumeurs du volume d'une tête d'épingle et d'une lentille, de forme hémisphérique, sont situées sous la conjonctive et participent à ses mouvements, à l'exception de l'une d'elles qui repose sur le périmètre de la cornée. Ces petites tumeurs sont blanchâtres à leur pointe et rouges à leur base; dans les espaces libres de la conjonctive, il existe une injection des vaisseaux radiés qui forment des groupes ayant chacun pour centre une de ces tumeurs, et le tout ressemble beaucoup aux exsudats qu'on observe dans la conjonctive scrofuleuse. Comme les tumeurs augmentaient de volume avec une grande rapidité, le professeur Magni se décida à faire l'excision de l'une d'elles, et il constata à l'examen microscopique la présence d'une quantité de jeunes cellules au milieu d'une masse granuleuse. Un traitement spécifique parvint à faire disparaître au bout de plusieurs mois seulement ces nouvelles productions. Cependant un fait rapporté par Estlander (2) semble mettre hors de doute l'existence des gommes sous-conjonctivales.

L'ulcère syphilitique des paupières, quand il se prolonge jusqu'à la cornée, peut altérer cette membrane ; mais, en dehors de ce cas, la cornée subit parfois les atteintes plus directes de la syphilis. Hutchinson a montré qu'une va-

t. I, p. 621. — J. Rollet, *Traité des maladies vénériennes*, p. 693. Paris, 1866. — Laroyenne, *Gaz. méd. de Lyon*, 1855, p. 530. — Desprès, *Gaz. des hôpit.*, 1865.

(1) *Kerato-conjunctivitis*, in *Giornale d'oftalmologia italiano*, 1863, et *Annales d'oculistique*, t. I, p. 118, 1864. — Comparez J. Windsor, *British med. Journ.*, 3 juin 1865.

(2) Estlander, *Gummose Geschwulst unter der conjunctiva bulbi*, Mon.-bl. f. Augenheilk., VIII, 259, 1870, et Schmidt's Jahrb., t. CL, p. 77.

riété de kératite chronique, propre à l'enfance, se lie incontestablement à la syphilis et non pas à la scrofulose, ainsi qu'on avait pu le supposer. Rare dans les cas de syphilis acquise, cette affection est, au contraire, une manifestation fréquente de la syphilis héréditaire, et, pour ce motif, nous nous proposons d'en donner la description plus loin.

Avec l'iritis tardive coexiste quelquefois une variété de kératite caractérisée par la présence de petits points blanchâtres, circonscrits à la face postérieure de la cornée (kératite pointillée profonde); mais cette altération ne peut nous arrêter, pas plus que les affections de la choroïde, qui ont été étudiées ailleurs (voyez p. 161 et suiv.).

LÉSIONS DES NERFS OPTIQUES ET DES RÉTINES (AMAUROSES SYPHILITIQUES).

Les lésions syphilitiques tertiaires qui ont pour conséquence l'abolition plus ou moins complète de la vision peuvent se rattacher à trois chefs, suivant que le système osseux, les nerfs optiques ou les rétines et l'encéphale sont plus particulièrement intéressés. J. de Vigo, Botal, citent des cas d'amauroses syphilitiques consécutives à des lésions des os. « Visum fuit, dit Boerhaave, lamellam ossis cuneiformis quæ ibi crassa est, exostosi laborasse, unde compressus fuit nervus opticus, et unde etiam amorosis orta fuit, integris licet cerebro et nervis (1). » Janin rapporte une observation d'ulcère rongeur syphilitique des yeux (2), et Delpech a vu un cas où la carie du sphénoïde produisit la cécité. Ces faits d'amaurose consécutive à une altération du système osseux (3) ne sont pas sans intérêt. Les accidents qu'on y observe diffèrent suivant que la localisation anatomique, une exostose ou une périostose, a son siége dans l'orbite ou à l'intérieur du crâne. Les tumeurs osseuses de l'orbite se révèlent par des douleurs ostéocopes et une exophthalmie habituelle; la douleur surtout les distingue des tumeurs gommeuses du contenu de l'orbite. La pression exercée par les tumeurs osseuses ou gommeuses intracraniennes sur le nerf optique détermine une névrite secondaire qui ne diffère pas de toutes les névrites par compression (4).

Indépendamment de cette modification, le nerf optique s'altère quelquefois et s'atrophie consécutivement à une altération des hémisphères. Notre observation XXX est un exemple de cette affection plusieurs fois méconnue. Mais, en outre, la syphilis est susceptible d'une action plus directe sur l'appareil nerveux optique. Nous avons vu plus haut que ces nerfs étaient tantôt le siége d'une inflammation simple, comme dans les observations de Bayle et

(1) *Prælectiones publicæ de morbis oculorum*. Parisiis, 1748, pars II, cap. III, p. 97.

(2) *Mém. et obs. sur l'œil*, p. 354. Lyon, 1772.

(3) Consultez sur les lésions syphilitiques du crâne et de l'orbite : Demours, Sardaillon, Baillou, Tacheron, Prost, Lallemand et Verdier, Ch. Bedel, Guérard, Hérard et Baudot, etc., dans les ouvrages cités de G. Lagneau, de Gros et Lancereaux. — Demarquay, *Traité des tumeurs de l'orbite*. Paris 1861.

(4) Consultez sur les amauroses syphilitiques, indépendamment des traités classiques : Dupré, *Des affections syphilitiques de l'œil*. Thèse de Paris, 1857. — Denonvilliers et Gosselin, dans *Compendium de chirurg. pratique*. Paris, 1855. — Sichel, *Sur les diff. formes de l'amaurose, et spéc. de l'amaurose syphilitique* (*Gaz. méd.*, nos 28 et 29, 1859). — Deval, *Amaurose syphilitique* (*Union méd.*, s. III, p. 307, 1859).

Kergaradec, de Courtin, de Dittrich, tantôt le siége de nodosités vraisemblablement gommeuses, comme dans les faits rapportés par Portal, Dixon, etc., et qu'ainsi on y retrouvait les deux formes d'altération propres à la syphilis (1).

Les désordres qui se rattachent à ces diverses altérations se traduisent par des signes physiques assez semblables et par des troubles fonctionnels fort peu différents. Au début de l'affection, alors que le malade ne s'aperçoit que d'une faiblesse légère de la vision, l'examen ophthalmoscopique révèle déjà une modification dans la papille optique : les veines sont gonflées, tortueuses, les vaisseaux capillaires sont plus abondants, il y a une injection manifeste, une sorte d'œdème; plus tard, les artères diminuent de volume, le champ papillaire, un peu agrandi, à bords mal circonscrits et grisâtres, se rétrécit, sa coloration change; de rosée ou grisâtre, elle devient blanche, c'est ce qu'on appelle l'atrophie blanche de la papille. Cette atrophie secondaire peut reconnaître beaucoup d'autres causes que la syphilis; néanmoins son existence doit éveiller l'idée de la possibilité d'une lésion syphilitique des nerfs optiques ou de l'encéphale. L'hémiopie, comme nous l'avons vu dans un cas (tumeur intra-cérébrale, obs. XXX), pourra servir à différencier l'amaurose consécutive à une tumeur cérébrale de celle qui est l'effet d'une altération primitive du nerf optique.

Savoir distinguer chacune des manifestations dont il vient d'être question, affirmer d'après l'examen ophthalmoscopique et le désordre fonctionnel qu'il s'agit d'une lésion directe ou indirecte, d'une altération primitive des os, de l'encéphale ou des nerfs optiques, n'est pas toujours chose facile; heureusement, cette distinction a peu d'utilité, puisque la même indication thérapeutique répond à chacun de ces cas. L'important, dans ces conditions, est de savoir remonter à l'origine syphilitique du mal. Pour y arriver, il faut une étude approfondie du malade, des antécédents, des lésions concomitantes, et bien connaître la marche suivie par l'affection oculaire. Alors un diagnostic, sinon précis, du moins très-probable sera possible. Le pronostic des amauroses syphilitiques est grave. Ces affections étant à peu près incurables lorsqu'il y a atrophie de la papille optique, il importe de faire intervenir de bonne heure un traitement approprié.

§ 3. — Appareil de l'audition.

La surdité syphilitique est depuis longtemps connue : Paré en fait mention (2); Boerhaave rapporte le cas d'un individu qui, sous le coup de la syphilis, fut frappé tout à la fois de surdité et de cécité; Van Swieten indique la cophose comme résultat de certains ulcères du pharynx causés par le mal vénérien, et il ajoute : « Quelquefois ces ulcères, qui s'étendent lentement, suivant leur coutume, parcourent toute la longueur de la trompe d'Eustache et dé-

(1) La rétine elle-même peut présenter des tumeurs gommeuses en même temps que d'autres membranes oculaires; cette lésion rétinienne, dont nous connaissons quelques faits, est très-différente de celles qui nous occupent. Voyez : Hippel, *Fall von gummose Neubildung*, Archiv für Ophthalm., XII, p. 55, 1867. — A. Rudnew, *Ueber eine syphilit. Erkrankung des Auges*, Archiv für pathol. Anat. und Physiologie, t. XLV, p. 197, 1868.

(2) *Œuvres complètes*, liv. XIX, ch. XI, p. 467. Lyon, 1652.

truisent complétement l'oreille interne. Un ichor dégoûtant s'écoule par l'oreille interne chez les malheureux dont la gorge a été rongée à ce point par cette cruelle maladie (1). »

Astruc écrit : « La vérole cause quelquefois la dureté d'ouïe et même la surdité, soit parce que les osselets ont été détruits par la carie, ou du moins parce qu'étant enflés ils sont devenus incapables d'exécuter leurs fonctions ordinaires, soit parce que les nerfs acoustiques sont obstrués par des esprits trop grossiers, ou comprimés par des artères trop gonflées, par des nodus et des ganglions formés auprès, par des exostoses survenues dans les os qu'ils traversent, etc. (2). » Lescheviu (3) a publié sur ce sujet une observation qui, sans être absolument démonstrative, mérite d'être rappelée. « Un jeune homme de vingt-sept ans, après avoir eu des chancres vénériens, traités au commencement de l'année 1757, commença à sentir, dans l'oreille droite, des douleurs fort aiguës ; quelque temps après parut un écoulement sanieux par le conduit auditif, et, la douleur diminuant, le malade se crut guéri. Quelques mois s'étant écoulés, les douleurs se renouvelèrent et devinrent même plus fortes qu'elles n'avaient encore été. Enfin elles furent suivies de délire, ou plutôt d'une véritable manie que rien ne put apaiser, et que la mort termina en janvier 1758. Le conduit auditif était sain, mais le fond de la caisse était percé et comme criblé par la carie ; toutes les cavités du labyrinthe et une grande partie de la face du rocher dans l'intérieur du crâne étaient cariées et vermoulues. »

La surdité syphilitique, au dire de Swediaur, serait causée par des altérations des os, par des abcès du cerveau, ou par des ulcères qui affectent les orifices des trompes d'Eustache. A ces lésions B. Bell ajoute l'éruption pustuleuse du méat et du conduit auditif externe. Larrey (4), Itard (5), ont cité des observations de surdité syphilitique tenant à l'altération de l'oreille interne. Vering (6) et Frank disent avoir vu des faits du même genre. « Il résulte des observations d'otite interne recueillies par moi, écrit ce dernier, que cette affection atteint le plus ordinairement les individus syphilitiques qui sont exposés aux injures extérieures et au refroidissement (7). » D'un autre côté, Kramer (8) prétend qu'il n'est pas prouvé que la syphilis soit jamais une cause active d'altération des nerfs acoustiques. Lagneau et Gibert ont rapporté des

(1) *Commentar. in Boerhaavii Aphorism.*, t. V, p. 369. — Comparez : Al. Traj. Petronius, *De aurium atque oculorum læsione*, (*De morbo gallico*, lib. VII, cap. VIII, et *Aphrodisiacus* de Luisinus, p. 1337). — Plenk, *De morbi venerei doctrina*. Venise, 1793. — Swediaur, *Traité complet de la maladie vénér. ou syphilitique*. Paris, 1801. — Cullerier neveu, *Journ. de méd. de Sédillot*, 1814, XLIX, p. 202. — Itard, *Traité des mal. de l'oreille*, 1821, t. II, p. 185. — Dominel et Leprestre, *Arch. de méd.*, mars 1830. — Deleau, *Rech. sur les malad. de l'oreille*. Paris, 1838 (obs. 12). — Davasse, dans *Thèse de Dumoulin*, Paris, 1848, p. 44. — Ricord, *Clinique iconograph.*, 1851, pl. XXIV, obs. et fig. III. — Lasègue, *Arch. de méd.*, mai 1858, p. 603. — Lagneau père, obs. rapportée par Lagneau fils, dans *Maladies syphilitiques du système nerveux*, p. 511.

(2) *Loc. cit.*, t. IV.

(3) *Sur la théorie des maladies de l'oreille*, etc., 1763, dans *Prix de l'Académie royale de chirurgie*, t. IV, p. 115. Paris, 1819.

(4) *Mémoires de chirurgie militaire*, t. II, p. 444.

(5) *Traité des maladies de l'oreille*, 1821, t. I, p. 283 et 409.

(6) *Aphorismes*, etc., p. 16, 22, 34.

(7) *Traité de patholog. interne*, trad. fr., t. IV, p. 22.

(8) *Traité des maladies de l'oreille*, trad. fr. de Ménière, p. 34. Paris, 1848.

exemples de surdité syphilitique, sans spécifier quel pouvait être le point de départ de ce désordre. Dans un article intéressant sur les maladies de l'oreille, Triquet (1) admet une forme d'otite syphilitique, à début insidieux et à évolution lente, caractérisée par la présence de pustules ayant leur siége sur la membrane du tympan, dont elles produisent dans quelques cas la perforation. Des douleurs nocturnes et un état cachectique accompagneraient cette affection; mais il y a lieu de croire que cet auteur a confondu la chloro-anémie secondaire avec la cachexie de la période tertiaire, car la description qu'il donne paraît se rapporter uniquement aux éruptions de la muqueuse du conduit auditif externe. Comme la plupart de ses devanciers, Triquet ne fournit du reste aucune observation; ainsi, les acquisitions touchant la syphilis de l'oreille consistent à peu près uniquement en des assertions qui, malgré le grand mérite de leurs auteurs, ne peuvent suffire à la construction de l'édifice scientifique. Ce qu'il faut en pareil cas, ce sont des faits, preuves matérielles sans lesquelles l'édifice ne pourrait s'élever. Le champ des lésions syphilitiques de l'appareil de l'audition n'est donc pas suffisamment exploré; mais en attendant de nouvelles recherches, voici un résumé de l'état des connaissances actuelles.

Lésions de l'oreille externe. — B. Bell, Vidal, Triquet, ont constaté la présence de pustules syphilitiques à la surface de la membrane du tympan ou à l'intérieur des conduits auriculaires. Baumès et plusieurs autres auteurs signalent l'existence, dans ces mêmes canaux, d'écoulements d'un jaune verdâtre et d'ulcérations ayant le caractère syphilitique : les unes, faciles à voir, occupaient l'entrée du conduit auditif; les autres, plus profondément placées, ne pouvaient être découvertes qu'à l'aide du *speculum auris;* elles ont pu quelquefois amener la perforation de la membrane du tympan (2). Ainsi le conduit auditif externe peut devenir le siége de la plupart des manifestations cutanées de la syphilis, sans en excepter les plaques muqueuses, qui de toutes ces manifestations sont les plus fréquentes, et qui se couvrent parfois de végétations molles et fongueuses.

Lésions de l'oreille moyenne. — Indépendamment des cas d'extension des lésions syphilitiques du pharynx à l'oreille moyenne, celle-ci peut subir l'action directe de la syphilis. Dans un fait rapporté par Betz (3), la membrane du tympan est épaissie, perforée dans presque toute sa moitié inférieure; le marteau, à peine reconnaissable, adhère par son extrémité inférieure, à l'aide d'une fausse membrane, à la paroi de la caisse; le promontoire est déformé, la cavité de l'oreille moyenne renferme du pus, la muqueuse est partout épaissie et infiltrée, mais elle n'est pas ulcérée. Quoique ce fait laisse quelque doute sur le point de départ de l'altération, il y a lieu de penser que la cavité de l'oreille moyenne, en raison même de la texture de ses parties, est favorablement dis-

(1) *Journ. de méd. et de chirurg. prat.*, juillet 1863, p. 306.
(2) Kramer traduit par Ménière, *loc. cit.*
(3) Betz, *Vollstandige Taubheit nach Syphilis* (Memorab., VIII, 5, 1863, et Schmidt's Jahrb., t. CXXI, p. 346).

posée à être influencée par la syphilis, et qu'aux lésions consécutives il convient d'ajouter des lésions directes pouvant amener la surdité.

Lésions de l'oreille interne. — Soit difficulté d'examen, soit défaut d'observation, on ignore jusqu'ici les modifications que peuvent subir les parties molles de l'oreille interne dans la syphilis : on sait seulement que les lésions osseuses, exostoses ou caries, sont les causes habituelles de la surdité. Signalées par Astruc, ces causes ont été indiquées par Valsalva et par d'autres auteurs (1). Ménière cite de plus des cas de lésions syphilitiques de l'oreille caractérisées par un épaississement du périchondre ou par l'hypertrophie du temporal (2).

A part les influences que lui fait subir le système osseux, le nerf auditif est parfois directement atteint, souvent même avant sa sortie de la boîte crânienne. Chez un malade de Bayer (3), la surdité avait pour cause originelle très-probable une tumeur lardacée du volume d'un œuf de pigeon, qui s'était développée dans la fosse du rocher. Une semblable cause paraît exister dans les observations CIX et CXXIX de notre *Traité des affections nerveuses syphilitiques.* En résumé, le conduit auditif externe et la trompe d'Eustache deviennent quelquefois le siége d'éruptions papuleuses ou ulcéreuses pouvant gêner plus ou moins les fonctions de l'organe. Ces éruptions, qui appartiennent à la période secondaire, ne diffèrent pas des manifestations syphilitiques de la peau et des muqueuses. L'oreille moyenne, l'oreille interne et le nerf auditif, bien que susceptibles de modifications primitives et directes, sont plus souvent peut-être affectés par suite d'une altération du rocher. Cette conclusion est du moins la conséquence des faits connus.

Des lésions aussi diverses donnent nécessairement lieu à une symptomatologie variable. Le tintement d'oreilles déjà signalé par Gabriel Fallope, qui prétend l'avoir observé le premier, a été noté depuis par A. Paré et beaucoup d'autres auteurs. Il n'est en général que le commencement de la surdité, comme dans un fait rapporté par Ad. Genselius (4) ; c'est plus tard que se produit la diminution ou l'abolition de l'ouïe. Unilatérale quand il y a altération des os ou du pharynx, la surdité se manifeste d'autres fois des deux côtés ; elle est dans quelques cas accompagnée de douleurs plus ou moins violentes avec exacerbations nocturnes au niveau de la région des oreilles. A ces symptômes ajoutons ceux que déterminent les lésions maté-

(1) Valsalva, *De aure humana tractatus*, 1707. — Comparez : Al. Trajan Pétrone, *Aurium et oculorum læsiones*, dans *De morbo gall. tract.*, 1728. — Fabre, *Traité des malad. vénér.*, Paris, 1783, p. 185. — John Pearson, *Observ. on the effects of various art. of the materia med. in the lues venerea.* London, 1807. — Larrey, *Mém. de chirurg. et Camp. milit.*, t. II, 442, 1812. — Delpech, *Chirurg. clinic. de Montpellier*, t. I, 1823. — Courty, *Clinique de Montpellier*, 1er février 1844. — Landry, *Gazette hebdomad. de méd. et de chirurg.*, 11 mars 1859.

(2) Bedel, *Thèse de Strasbourg*, 1851.

(3) *Ann. de thérapeutique et de toxicologie*, déc. 1847. — Comparez : Briquet, *ibid.*, avril 1847. — Guarinoni, *Consilia medicinalia*, Venetiis, 1610, p. 27 à 44.

(4) *Academiæ Cæsareæ Leopoldino-Carolinæ nat. cur. Eph.* 1717. A propos d'un vénérien qu'il soignait, cet auteur dit : « Incipit laborare cum cephalalgia imprimis nocturna lancinante contumacissima, tinnitu aurium continuo et tandem surditate. » Centuria XI, obs. 84, p. 349.

rielles osseuses et pharyngées : tuméfaction, trajets fistuleux au niveau de l'apophyse mastoïde, destruction plus ou moins étendue du pharynx et de la trompe d'Eustache.

Ces différents désordres sont à peu près les seuls signes capables de diriger le médecin dans le diagnostic des affections syphilitiques des oreilles ; c'est dire que le diagnostic se fonde, non sur le trouble fonctionnel de l'ouïe, mais sur la connaissance exacte des manifestations concomitantes. En l'absence de ces manifestations, lorsqu'il s'agit de surdités dépendantes d'une lésion profonde des os ou d'une modification des nerfs auditifs, les douleurs ostéocopes et la coexistence de points névralgiques ou de paralysies localisées sont des circonstances qui pourront éclairer le médecin. Mentionnons l'existence d'une suppuration habituelle propre aux affections scrofuleuses, l'absence de suppuration et d'ulcères des muqueuses comme signes de la nature rhumatismale de ces mêmes affections.

Le pronostic des lésions syphilitiques de l'oreille varie nécessairement avec le siége, l'étendue et la nature de la modification organique. Limitées au conduit auditif externe, ces lésions sont peu sérieuses, et n'ont d'autre inconvénient que de pouvoir amener la perforation du tympan ; elles sont plus graves quand l'inflammation, venant à s'étendre à l'oreille moyenne, produit l'exfoliation des osselets. L'ouïe est toujours compromise avec une otite profonde ; elle ne l'est pas moins lorsque le nerf auditif est primitivement ou secondairement affecté. En somme, lorsqu'il s'agit d'un appareil aussi délicat que l'appareil de l'audition, c'est de la célérité qu'il faut dans le traitement ; sinon, on risque d'y voir apparaître des lésions irrémédiables. Ce qu'on appelle le coup d'œil médical est donc quelque chose en pareille occurrence.

CHAPITRE V

MODES D'ÉVOLUTION, RÉCIDIVES, TRANSFORMATIONS ET COMPLICATIONS.

L'étude de l'évolution de la syphilis acquise n'est pas la partie la moins intéressante de son histoire, et, bien que nous nous soyons attaché, dans la description qui précède, à suivre cette maladie dans sa marche progressive, il n'est pas inutile de revenir sur l'ordre de succession et sur la filiation de ses phénomènes. D'un coup d'œil rapide nous allons en montrer le développement et l'enchaînement.

Le virus syphilitique, mis en contact avec l'économie, a pénétré par la porte que la science ou le hasard lui a ouverte : l'absorption se fait, il s'avance insensiblement jusqu'aux parties les plus profondes de l'organisme qu'il impressionne tout entier. En même temps, subissant le travail d'une sorte de conception mystérieuse, il se modifie, se développe, et, au bout d'un mois environ, sa présence et ses effets s'accusent à l'extérieur par une première manifestation. Au point contaminé apparaît une lésion dite primitive, accident tout local d'abord, mais qui bientôt s'accompagne d'autres manifestations, et surtout d'adénopathies multiples et indolores.

Après un temps d'arrêt ordinairement assez court, flottant entre six semaines et deux mois à partir du début de l'accident primitif, il se produit, dans le plus grand nombre des cas, des éruptions de la peau et des membranes muqueuses, éruptions disséminées et générales qui ont pour caractère d'être transitoires, superficielles, de ne laisser aucune trace appréciable de leur passage, de se montrer par poussées successives d'une durée de un à plusieurs mois, laissant entre elles un intervalle de temps ordinairement très-variable, en vertu des conditions individuelles et surtout des causes occasionnelles diverses auxquelles se trouvent subordonnées ces manifestations ou leurs récidives. Les choses se passent ainsi pendant tout le cours de la période d'éruption générale ou des localisations secondaires. La durée de cette importante phase de la syphilis est difficile à préciser, elle oscille entre plusieurs mois et quelques années. Les accidents tertiaires se manifestent rarement avant la fin de la première année, de sorte que la durée la plus courte de la période des accidents secondaires peut être de six à huit mois environ, du moins chez l'adulte, car, chez l'enfant, la succession des accidents syphilitiques est souvent plus rapide. Cependant, des récidives de syphilide rubéolique ou papuleuse se montrent quelquefois après un, deux, ou même trois ans à partir du commencement de la maladie, quand aucune lésion gommeuse profonde n'est encore apparue. La période secondaire présente alors une durée de deux ou trois années; il n'est pas commun de la voir se prolonger beaucoup au delà de cet espace de temps.

Les accidents qui suivent, ou accidents tertiaires, n'anticipent pas sur les accidents secondaires, si ce n'est dans quelques cas de syphilis grave où on les voit apparaître en même temps que ces derniers. Le plus souvent il y a entre les deux périodes un temps d'arrêt qui peut varier entre quelques mois et plusieurs années. Pendant ce moment de calme apparent, l'organisme malade a subi peu à peu, et sans que rien trahisse sa souffrance, une modification de plus en plus profonde, qui va se révéler par des lésions à tendance destructive notablement différentes de celles qui précèdent. Mais il importe de savoir que cette dernière phase de la syphilis ne marche aussi que par saccades; à un accident en succède un autre, entre lesquels l'imminence morbide se cache et veille sous l'apparence de la santé. Ainsi il faut éviter de croire trop tôt à une guérison qui serait trompeuse. Cette suspension des manifestations syphilitiques dure-t-elle depuis plusieurs années, dix, vingt, trente ans et même davantage, il y a ce que certains auteurs ont appelé l'*état latent* de la syphilis, manière d'être spéciale qui a fait ranger cette maladie parmi les diathèses. Cet état qui se dérobe à notre observation, l'expérimentation le rend saisissable, l'inoculation est un moyen de le constater; elle montre que l'organisme n'est pas apte à subir une nouvelle infection, qu'il possède l'immunité (1).

Remarquons que c'est surtout dans la dernière période de la maladie, quand le

(1) Baerensprung a fait des inoculations avec du pus de chancre induré à deux femmes qui avaient eu la syphilis deux ans auparavant, sans obtenir de résultat. Deux autres femmes atteintes de syphilis deux ans plus tôt ont aussi été inoculées sans succès avec du pus recueilli sur des plaques muqueuses, *Gaz. hebdom.*, t. IX, p. 309. — Consultez Schnepf, dans *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, t. IV, p. 7.

sang et les produits morbides ne sont plus inoculables, que l'on observe ces intermissions fallacieuses après lesquelles on est étonné de voir reparaître, à l'occasion de la cause souvent la plus insignifiante, les symptômes d'un mal qu'on croyait à tout jamais éteint. Ces rechutes, ou du moins, cette marche singulière, insidieuse, qui a son analogue dans les maladies constitutionnelles et qui appartient encore à la syphilis héréditaire, n'a pas échappé à l'attention des plus grands praticiens. Astruc, Sanchez, Rosen, Fabre et bien d'autres observateurs l'ont reconnue. J. L. Petit disait à propos de la vérole : « On peut avoir cette maladie pendant vingt ans, sans qu'elle se montre de manière à ne pas douter de son existence. »

La syphilis n'a donc pas une évolution régulièrement continue. Maladie chronique par excellence, elle présente quelquefois des manifestations aiguës; habituellement intermittente, elle a des étapes plus ou moins longues jusqu'à ce qu'une cause excitatrice vienne lui donner une nouvelle impulsion ; elle offre ce phénomène singulier, l'un des mystères les plus impénétrables de la pathologie humaine, qu'elle accomplit son évolution par périodes successives dans l'intervalle desquelles la santé reste parfaite en apparence. Le chevauchement de ces périodes est rarement observé; mais il peut arriver que l'une ou l'autre d'entre elles fasse défaut. Or s'il est douteux que la période de l'accident primitif ait quelquefois manqué, il n'en est pas de même de la période d'éruption générale : celle-ci ne se révélant par aucun phénomène, le malade passe sans transition appréciable de l'accident primitif aux accidents tertiaires, voire même aux affections viscérales. A s'en rapporter uniquement au dire des malades, les choses auraient souvent lieu de cette façon, puisque, sur près de trente faits de syphilis viscérale qui nous sont personnels, dix fois environ nous n'avons pu découvrir la moindre trace d'un accident intermédiaire à l'éruption locale et aux lésions des organes internes. Ainsi, laissant de côté toute idée théorique, il y aurait lieu de rechercher si les éruptions de la peau ne sont pas un préservatif par rapport aux manifestations ultérieures. Quelquefois enfin, la dernière période fait défaut; l'éruption générale achevée, la syphilis s'arrête comme si elle avait parcouru tout son orbite ; comparable sous ce rapport à certaines varioles qui n'arrivent pas à suppuration, elle peut, à juste titre, porter le nom de *syphiloïde*. Dans ces cas, qui sont loin d'être rares, la syphilis n'est qu'une maladie avortée ; légère et bénigne, elle ne laisse à sa suite aucune trace fâcheuse de son passage. On ne saurait trop insister sur ce point, aujourd'hui surtout que la syphilis inspire encore des craintes exagérées. Il faut donc savoir que cette maladie se dissipe complètement dans un grand nombre de cas à la suite des éruptions secondaires, et peut-être même quelquefois après l'accident primitif.

La syphilis présente dans certains cas une évolution rapide : les accidents se succèdent sans relâche, les manifestations secondaires surviennent en même temps ou peu de temps après le chancre, et sont elles-mêmes immédiatement suivies des lésions tertiaires. Cette forme de la syphilis, qui a reçu l'épithète de galopante ou aiguë, est assez commune chez l'enfant, en raison sans doute de l'activité de toutes les fonctions organiques. Elle s'y fait quelquefois remarquer par la coexistence des trois ordres d'accidents, primitif,

secondaire, tertiaire ; c'est du moins ce qu'a vu le docteur H. Roger (1), dans un cas qu'il a communiqué à la Société médicale des hôpitaux. On la rencontre chez l'adulte, principalement dans les pays chauds, mais quelquefois aussi dans les climats tempérés, sans qu'il soit toujours facile de saisir les conditions de sa raison d'être. Un fait que nous avons observé récemment dans le service de la clinique est un exemple de cette marche rapide.

Obs. LIII. — Une jeune femme, âgée de vingt-sept ans, cuisinière, forte et de la meilleure constitution en apparence, contracte en mai 1864 un chancre à la partie interne et supérieure de la grande lèvre gauche. Peu de temps après, latigue, courbature, douleurs musculaires et articulaires, éruption vraisemblablement papuleuse. (Purgatifs.) En janvier 1865, apparition de deux bubons dans l'aine gauche. (Onctions avec l'onguent mercuriel, 100 pastilles.) En février, angine et bronchite, plaques muqueuses aux parties génitales (Vomitif.) En mars, éruption qui commence par la partie postérieure des avant-bras, occupe le trajet des cubitus, se généralise ensuite, envahit le cuir chevelu, la partie supérieure du cou, les cuisses et même le tronc. Mouvement fébrile avec paroxysmes le soir, courbature; céphalalgie, étourdissements, douleurs musculaires et articulaires, anorexie, dégoût des aliments. Le 11 avril 1865, date de son entrée à l'Hôtel-Dieu, éruption papulo-croûteuse du cuir chevelu, éruption papuleuse à la racine des cheveux, de couleur rouge maigre de jambon, avec collerette blanchâtre. Dans le dos, plusieurs papules disséminées; sur le devant du sternum, taches cuivrées couvertes de pellicules épidermiques; taches semblables, à peine saillantes, de un centimètre environ d'étendue, à la partie supérieure des cuisses. Aux avant-bras, plaques disséminées, peu ou pas saillantes, d'une étendue de plusieurs millimètres à $0^{m},01$ et demi, recouvertes, comme les précédentes, d'une simple couche de lamelles épidermiques miroitantes. Cette éruption a partout une grande analogie avec le psoriasis guttata, surtout au niveau des avant-bras. Dans la main gauche on constate l'existence de quelques papules. Adénopathies inguinales et cervicales ; absence de lymphangite au niveau des bras ; les ganglions épitrochléens sont durs, ils roulent sous le doigt. Rougeur des deux piliers du voile du palais, légère ulcération à la surface de l'amygdale gauche. (Deux pilules de Dupuytren chaque soir.)

Le 28 avril, la fièvre a cessé ; mais la céphalée persiste, elle est nocturne et produit l'insomnie. L'éruption offre une teinte jaune fauve ; l'appétit est toujours médiocre ; la rougeur de la gorge persiste, mais l'ulcération amygdalienne est en partie cicatrisée. Le traitement est continué ; néanmoins, au bout de quelques jours, l'amélioration survenue s'arrête. Les pilules de Dupuytren sont remplacées par des pilules de proto-iodure de mercure auxquelles on ajoute plus tard l'iodure de potassium, des bains sulfureux, un régime tonique. Cependant il n'y a pas de changement ; l'éruption s'élargit et devient plus abondante, mais l'ulcère de la gorge se cicatrise. Le 15 juin, M. Grisolle ordonne des bains de sublimé et continue le protoiodure de mercure. Le 1er juillet, amélioration notable, les squames sont tombées, les taches s'effacent peu à peu. Le 15 juillet, la malade se plaint de douleurs à la langue ; l'examen fait reconnaître, à la partie postérieure de la face dorsale de cet organe, la présence de trois petites tumeurs sous-muqueuses fermes et saillantes, du volume et de la forme d'un haricot et vraisemblablement gommeuses. Perte nouvelle de l'appétit, état saburral des voies digestives. Un vomitif est administré ; l'iodure de potassium est repris et continué. Un mois plus tard, la malade n'offrait plus aucune manifestation syphilitique ; il restait seulement, au niveau des tumeurs gommeuses de la langue, une desquamation épithéliale sous forme de petites taches rouges allongées.

(1) Roger, *Bull. de la Société méd. des hôpitaux de Paris*, t. IV, fasc. v, p. 429. — Comparez : Sicard, *Gaz. des hôpitaux*, 1863, p. 509. — *Ibid.*, 1857. — J. F. Heyfelder, *Ueber galopirende Syphilis* (*Œsterr. Zeitschr. für prakt. Heilk.*, n° 3, 1858).

Un certain degré d'acuïté et surtout d'irrégularité dans la marche s'observe principalement dans des cas de syphilis qui se montrent dans les ports de mer, dans des contrées froides et humides ou même dans certaines contrées chaudes, comme en Algérie, chez des individus mal nourris et vivant en dehors des règles communes de l'hygiène. Ces cas sont ceux auxquels on donne le nom de syphilis maligne, en raison de la tendance ulcéreuse ou même suppurative que manifestent les lésions anatomiques qui les caractérisent.

Jusqu'ici nous avons envisagé la marche de la syphilis indépendamment de toute espèce de traitement. Une question importante et très-controversée nous reste à juger en ce moment. Quelle est l'influence des agents thérapeutiques sur l'évolution des accidents de cette maladie? De l'avis d'un certain nombre d'auteurs, le traitement spécifique a pour effet de retarder l'apparition des accidents secondaires. Mais pendant longtemps ce fut là une simple assertion qui, pour passer dans le domaine des vérités acquises, avait besoin de la sanction des faits. Bassereau l'a mise à l'étude ; faisant un relevé comparatif d'un certain nombre de cas d'érythème syphilitique chez des malades qui n'avaient été soumis à aucun traitement général et chez d'autres malades antérieurement traités, cet observateur habile trouva que le traitement avait presque toujours retardé d'une manière notable le développement de cette syphilide (1). Ricord, Bazin et d'autres autorités non moins imposantes partagent l'avis de Bassereau. Cette question, plus complexe qu'on ne l'a cru, nous paraît réclamer une nouvelle étude, car à côté du traitement il y a l'hygiène du malade, qui paraît susceptible d'influer sur la marche de la syphilis, et cette circonstance a été trop négligée par Bassereau.

La durée générale de la syphilis est tellement variable qu'il est impossible d'en fixer les limites. Tandis que cette maladie, dans certains cas, accomplit son évolution en quelques mois d'une façon relativement aiguë, on la voit dans d'autres circonstances se prolonger pendant toute la vie des individus ou même se transmettre à plusieurs générations. Chercher à apprécier cette durée est un problème difficile, mais important, puisqu'il met en question la possibilité de la guérison de cette maladie.

La guérison, et par ce mot nous entendons la cessation définitive de la maladie et non pas seulement la disparition de tel ou tel accident, est, nous osons le proclamer sans hésitation, le mode de terminaison le plus ordinaire de la syphilis. Cette doctrine, toutefois, n'est pas généralement répandue ; la doctrine opposée est depuis longtemps défendue par de grandes notabilités scientifiques. Vidus Vidius disait que la vérole accorde des trêves sans jamais faire la paix, « Magis inducias facit quam pacem ». Il est douteux pour Baglivi que cette maladie, une fois introduite dans le corps, puisse en être entièrement expulsée. « Lues venerea, semel recepta in corpus, difficiliter postea deletur; ejus character adhibitis specificis mitescit, sed non extinguitur. Imo post triginta et plures annos sub specie aliorum morborum reviviscit, et medicos decipit, causam morbi ordinariam putantes, cum revera tamen ab excitato noviter venereo fermento dependeat (2). » A une époque moins éloignée,

(1) *Traité des affect. de la peau symptomatiques de la syphilis*, p. 178.
(2) *Praxeos med.* lib. I, p. 95.

Hunter (1), sans nier la possibilité de la guérison de la syphilis, disait que le mercure ne détruit point l'action syphilitique une fois formée. Cazenave (2) admet la guérison de la syphilis primitive, mais non de la syphilis secondaire. « De celle-ci, dit-il, on ne guérit pas ; on a acquis le tempérament syphilitique, il faut vivre ainsi comme d'autres vivent avec le tempérament lymphatique. » Ricord, après avoir partagé l'opinion de ceux qui pensent que la diathèse syphilitique, une fois établie, ne se détruit plus, s'est plus tard exprimé à ce sujet dans des termes différents : « Quant à moi, pour avoir à mon tour constaté cette triste vérité, je n'en conclus pas cependant à l'incurabilité absolue de la vérole, comme on a voulu me le faire dire. Je me demande si la vérole ne pourrait pas guérir, en ne laissant après elle, comme la variole, qu'une modification préservatrice. » Dans cette dernière hypothèse, l'impression syphilitique persisterait indéfiniment même après la cessation définitive de toute manifestation.

Les partisans de la doctrine qui admet que la syphilis est susceptible de guérison sont pour le moins fort rares. Fernel, A. Paré, et d'autres auteurs qui paraissent croire à cette guérison, entendent ainsi la disparition des manifestations plutôt que de l'essentialité morbide proprement dite. On s'étonne qu'une question de cette importance ait si peu préoccupé les esprits, et que, dans les ouvrages les plus complets sur la matière, elle ne soit pas même discutée. Dans ces derniers temps, toutefois, elle a été mise à l'ordre du jour par Diday qui, voulant démontrer la possibilité de la guérison de la syphilis, s'attache à prouver que cette maladie est une intoxication et non une diathèse (3); mais avant de ranger parmi les intoxications la syphilis que d'autres auteurs, Ricord par exemple, placent dans le groupe des diathèses, il y aurait à s'entendre tout d'abord sur les mots diathèse et intoxication. Heureusement cette entente importe peu, car, d'une part, l'observation montre qu'un grand nombre d'individus manifestement syphilitiques finissent par avoir une santé des plus parfaites, sans jamais présenter, pas plus que leurs descendants, la moindre atteinte de syphilis, et, d'autre part, elle enseigne que cette maladie se reproduit et se double quelquefois chez le même individu. Or, l'expérimentation ayant montré que la vérole n'est plus inoculable à un individu contaminé, il faut bien admettre que dans les cas de double infection la guérison avait eu lieu.

La question de la double syphilis, agitée tout d'abord par les syphiligraphes du XVIe siècle, a été admise par A. Lecoq (4) ; mais il est douteux que cet auteur ait parlé d'autre chose que de récidives d'accidents secondaires ou tertiaires. Barth. Maggi (1550) croit sans hésitation qu'on peut être atteint de syphilis générale par deux contagions successives. Vidus Vidius (1556) admet qu'une fois guéri du *mal français* on est apte à contracter seulement les symptômes que nous appelons primitifs. Brassavole considère le fait comme assez ordinaire, et pense qu'une première infection prédispose à une seconde. Cette opinion a longtemps prévalu, et l'on n'a pas manqué de répéter qu'une première infection syphilitique conduisait à une seconde. Ricord s'est élevé

(1) *Œuvres complètes*, trad. de Richelot, p. 544.
(2) *Moniteur des hôpitaux*, 19 août 1865.
(3) *Leçons sur le chancre*, p. 227, 2e édit.
(4) *De lue hispanica*, 1540.

avec juste raison contre cette manière de voir, et n'ayant observé aucun cas de double infection, il a nié que ces cas pussent se rencontrer. Des faits récents sont venus démontrer ce que cette négation avait d'exagéré. Follin cite trois cas de double infection (1). Boulongne rapporte deux nouveaux faits (2). Diday a pu en rassembler plusieurs exemples empruntés à divers auteurs (3). On constate dans ces faits l'apparition, onze à treize ans après une première infection, tantôt d'un chancre induré sans engorgement ganglionnaire, tantôt, ce qui est beaucoup plus concluant, d'une syphilide exanthématique (un cas de H. Lee). Je suis loin de vouloir prétendre que tous ces faits doivent être acceptés sans contrôle ; mais il me suffit qu'un certain nombre d'entre eux ne puissent être récusés, pour que j'admette la possibilité de l'extinction définitive de la syphilis dans un organisme infecté, sa guérison en un mot.

Comment s'opère cette guérison, et quels sont les moyens qui permettent de la reconnaître? Sur le premier chef, la réponse est simple : la syphilis, comme la fièvre typhoïde, la variole, les scrofules, la plupart des maladies en un mot, finit par céder aux seuls efforts de la nature, c'est-à-dire que l'organisme s'en débarrasse lui-même à une certaine époque et d'une manière spontanée, le traitement, lorsqu'il intervient, n'agissant que sur la manifestation qu'il combat et non sur la maladie elle-même. Cette thèse, que nous nous proposons de développer plus loin, trouve déjà un appui dans les recherches de Diday. En effet, dix-huit syphilitiques traités sans mercure par cet auteur auraient été complétement guéris. Je veux bien croire que ces faits ne sont pas à l'abri d'objections, à cause du court espace de temps (trois ans et demi à seize ans) écoulé depuis la disparition du dernier accident syphilitique, puisqu'il arrive de voir des accidents tertiaires se montrer dix et vingt ans après les manifestations primitives ou secondaires, mais il n'en est pas moins incontestable que, sous le rapport de la terminaison, la syphilis ne diffère pas de toutes les maladies dont la cure radicale appartient au temps et à l'hygiène bien plus qu'aux agents thérapeutiques. Touchant le second chef, à savoir quelle est l'époque de l'évolution syphilitique à laquelle l'organisme impressionné et modifié parvient à rentrer dans la vie normale et physiologique, je ne puis partager l'opinion de Diday et de Bazin, suivant laquelle il n'est possible de se considérer comme à l'abri d'accidents syphilitiques qu'autant qu'on a passé par toutes les phases de la maladie. Car, de même que des fièvres typhoïdes se jugent et se guérissent à la fin du second stade, et que l'on voit des varioles s'arrêter à la fin de la période d'éruption sans passer par la suppuration, de même on peut rencontrer des syphilis qui se terminent immédiatement après la période des accidents secondaires, et peut-être à la suite de l'accident primitif. La confirmation de ce fait nous est fournie par les cas

(1) Follin, *Traité de pathologie externe*, t. I, p. 739.

(2) Boulongne, *Recueil de mém. de méd. et de pharm. milit.*, 3e série, t. II, 1859, p. 428.

(3) Diday, *Histoire naturelle de la syphilis* et *Archiv. de médec.*, 1862. — Bardel rapporte un nouvel exemple de syphilis récidivée : *Des réinfections syphilitiques*, dans *Gaz. méd. de Lyon*, 16 août 1865. — Kobner (*Berlin, klin. Wochenschr.*, 11 nov. 1872), a réuni quarante-cinq cas de réinfection de syphilis constitutionnelle ; mais quelques-uns d'entre eux ne sont vraisemblablement que des pseudo-chancres indurés. Un de mes élèves m'a affirmé avoir constaté sur lui-même une double infection syphilitique qui chaque fois se serait traduite par un chancre suivi de roséole.

de ces individus sans doute nombreux qui, n'ayant jamais eu que des accidents secondaires, ont néanmoins procréé des enfants parfaitement sains. Remarquons qu'ici, comme dans toutes les maladies contagieuses, c'est à la fin d'une étape que s'arrête le mal ; aiguë ou chronique, la syphilis ne procède pas moins par périodes modelées sur un même type. Ces périodes sont inhérentes à l'organisme, sinon à l'essence même de l'agent morbifique.

Savoir si la guérison de la syphilis est complète et définitive, constitue pour le médecin hygiéniste et le clinicien un problème du plus grand intérêt, l'un des plus ardus et des plus difficiles de la pathologie générale. Quel criterium possédons-nous pour affirmer la cessation d'une maladie? L'accomplissement reconnu de toutes les phases de cette maladie. Mais ce n'est pas une condition suffisante, car, dans bien des circonstances, lorsqu'une maladie a parcouru tout son orbite, l'organisme, pendant un temps plus ou moins long, toujours sous le coup qui l'a frappé, témoigne encore de l'impression qu'il en a ressentie par son inaptitude à contracter de nouveau cette même maladie. Or, si certaines maladies virulentes font exception à cette loi, la syphilis ne lui échappe pas, et si l'on voulait absolument trouver le criterium que nous cherchons, il n'y aurait d'autre moyen, dans l'espèce, que d'avoir recours à l'inoculation, encore ce moyen peu applicable ne renseignerait-il pas complétement, puisque l'immunité, dans la syphilis comme dans la variole, peut persister après la disparition complète de la maladie.

Un criterium de la guérison de la syphilis fait donc défaut, et se trouve d'autant plus difficile à acquérir qu'il n'est pas nécessaire que cette maladie accomplisse toutes ses périodes pour disparaître. Pourtant, il est possible d'arriver à des présomptions, et la guérison de la syphilis nous paraît devoir être regardée comme probable, lorsque, chez un malade qui n'aura eu que des accidents secondaires légers, les forces auront conservé leur intégrité pendant plusieurs années, et qu'il ne sera survenu aucun accident en dépit de l'action des causes provocatrices les plus habituelles, telles que les excès vénériens, les excès d'alcool, le froid, ou encore l'action de certaines eaux minérales, notamment les eaux sulfureuses. Toutefois, le médecin consulté en pareille occurrence, quand surtout il s'agit de mariage, est dans le plus grand embarras, et s'il ne veut compromettre son savoir et sa réputation, il fera bien d'éviter d'être affirmatif; pour peu que le plus léger indice existe, il devra s'abstenir de rien promettre, ayant toujours présente à l'esprit la fréquence des récidives des accidents syphilitiques. Les mêmes circonstances lui serviront de guide dans le cours de la période tertiaire ; mais il n'oubliera pas que la syphilis, parvenue à cette phase avancée, persiste souvent indéfiniment. Il pourra trouver un élément nouveau de diagnostic dans la santé des descendants ; cet élément, toutefois, ne peut jamais constituer un signe absolument certain. Un père et une mère autrefois atteints de syphilis, et dont les enfants jouissent d'une parfaite santé, ne peuvent être considérés sûrement comme à l'abri de toute manifestation syphilitique.

Une autre question se présente ici : La syphilis peut-elle dégénérer, ou se métamorphoser en une espèce morbide différente? Sur ce point, un grand nombre d'auteurs des derniers siècles, et entre autres Baillou, Sauvages, J. Frank, n'ont pas hésité à se prononcer pour l'affirmative. Sui-

vant eux, la syphilis peut se transformer en rhumatisme, en goutte, en tuberculose, en carcinose; mais lorsqu'on lit le récit qu'ils font de ces différentes métamorphoses, on ne tarde pas à se convaincre que ce qu'ils considèrent comme une transformation de la syphilis n'est en réalité que la syphilis elle-même, parvenue à la période la plus avancée de son évolution et portant son action sur les viscères. En un mot, la plupart des cas qui ont servi à ces auteurs pour édifier la doctrine des transformations de la syphilis peuvent être regardés comme des cas de syphilis viscérale. Les données vagues et les opinions mal assises de ces observateurs ont néanmoins servi aux détracteurs de la syphilis, qui purent réfuter sans peine des faits manquant pour la plupart du contrôle anatomique. C'est ainsi que des observations mal interprétées, quoique exactes, ont été plutôt nuisibles qu'utiles à la cause qu'elles étaient appelées à défendre. Hunter (1) crut devoir trancher la question, et il se rangea à une opinion que nous partageons entièrement. « Jamais la syphilis, dit-il, ne se mêle ou ne se confond avec d'autres maladies; jamais elle ne se termine en une autre affection; au moins cela est-il extrêmement rare, bien qu'on ait prétendu le contraire. » Et, plus loin, il ajoute : « Il est très-probable que les affections vénériennes peuvent devenir la cause d'autres affections. J'ai vu un chancre agir comme cause immédiate d'une inflammation érysipélateuse... Le chancre agit ici seulement comme un irritant ordinaire, indépendamment de la qualité spécifique de la maladie. » Plus récemment, Lugol (2) et Ricord ont de nouveau soutenu, après Astruc, que certaines lésions scrofuleuses pouvaient provenir de la syphilis, en être des descendants directs; mais les faits qu'ils donnent à l'appui de cette proposition ne sont ni nombreux ni concluants, ce qui n'a pas empêché cette opinion de trouver crédit auprès d'un certain nombre de médecins. A la vérité, il n'est pas rare de rencontrer chez des descendants de syphilitiques des manifestations morbides ayant une certaine analogie avec celles de la scrofulose; mais, en y regardant de près, on voit qu'elles ont une ressemblance plus grande encore avec les manifestations de la syphilis. Aussi est-ce par erreur que l'on a attribué à la diathèse strumeuse certaines lésions qui ne sont nullement de son domaine, comme par exemple cette forme de kératite que les observations de Hutchinson ont dûment rattachée à la syphilis héréditaire (voyez plus loin). Ces réflexions sont applicables aux prétendues transformations de la syphilis en maladie cancéreuse ou tuberculeuse. Jamais la transformation cancéreuse de la syphilis n'a lieu, et lorsque dans le cours de cette maladie on voit la tuberculose se développer, il faut au plus admettre, comme nous le dirons plus loin, que la phthisie a été occasionnée par la débilitation que produit la syphilis au sein de l'organisme. Il importe de savoir que les unités morbides, de même que les espèces naturelles, ne se transforment pas. La syphilis est toujours elle-même, et jamais elle ne devient scrofulose ou tuberculose.

Cette maladie, enfin, peut éteindre l'existence de l'individu qu'elle a frappé. Mode de terminaison relativement peu fréquent dans la syphilis, la mort, plus

(1) Œuvres complètes, trad. fr. de G. Richelot, *Syphilis constit.*, p. 532.

(2) *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses*, p. 117. Paris, 1844.

rare aujourd'hui qu'elle ne l'était au XVIe siècle, est plus commune cependant que ne le croyaient naguère les plus habiles syphiligraphes, ne connaissant pas les lésions viscérales syphilitiques. Exceptionnelle dans les premières périodes de la maladie, elle est pour ainsi dire le privilége exclusif de la dernière ; elle a pour cause immédiate ou bien des lésions qui empêchent le fonctionnement d'organes indispensables à la vie et qui souvent finissent par produire la cachexie et le marasme, ou bien des affections intercurrentes, complications toujours graves, à cause de la débilitation profonde dans laquelle est plongée l'économie.

Les affections du cœur, du cerveau, du foie et des reins sont, de toutes les manifestations syphilitiques, celles qui aboutissent le plus fréquemment à une terminaison fatale, et on le conçoit sans difficulté, en raison de l'importance fonctionnelle de ces organes. Lente dans quelques cas, la mort est d'autres fois rapide et presque subite, principalement quand le cœur, siége de la localisation morbide, se trouve dilaté et privé de la plupart de ses éléments contractiles, ou qu'une affection profonde du larynx ou de la trachée vient mettre obstacle à la fonction de l'hématose. Les lésions des poumons et celles du foie sont, sous ce rapport, moins dangereuses ; elles produisent une étisie considérable et une mort ordinairement lente. Les lésions directes ou indirectes du système nerveux varient, relativement au point de vue qui nous occupe, avec leurs différents siéges dans l'un ou l'autre des principaux centres ; c'est là un fait purement physiologique. En dehors des lésions viscérales, les manifestations de la syphilis tuent rarement par elles-mêmes.

De toutes les affections intercurrentes qui viennent compliquer la syphilis et hâter sa terminaison, l'érysipèle et la pneumonie sont de beaucoup les plus fréquentes. Ce fait, qui résulte de l'examen de la plupart des observations connues de syphilis viscérale (1), nous a depuis longtemps frappé. Dès l'année 1861, tandis qu'une épidémie d'érysipèle régnait dans les hôpitaux de Paris, j'observai qu'un certain nombre des malades qui succombaient à cette maladie, dans le service auquel j'étais attaché, étaient affectés de lésions syphilitiques viscérales. Depuis cette époque, j'ai remarqué que, même en dehors de toute espèce d'épidémie, la syphilis viscérale se complique fréquemment d'érysipèle et que cette affection toujours grave emporte le plus souvent les malades (2). Pourquoi cette complication érysipélateuse qu'on observe encore dans d'autres maladies avec cachexie? tient-elle uniquement à la faiblesse de l'organisme? C'est ce qu'il est difficile de dire, mais ce qu'il importerait de rechercher.

La pneumonie prend rang à côté de l'érysipèle en tant que complication ultime de la syphilis ; on la rencontre, en effet, dans un grand nombre de cas et toujours avec des caractères assez particuliers pour qu'il y ait à les signaler. De même que la plupart des affections secondaires, elle ne donne pas lieu à une réaction fébrile très-marquée ; elle se développe lentement, sourdement, et, si le malade offre quelque résistance vitale, elle peut avoir une durée relativement

(1) Comparez les observations de Meyer, Tüngel, et les nôtres.

(2) Un malade que j'ai pu voir dans le service de M. le Dr Hérard est le seul, à ma connaissance, qui ait guéri d'un érysipèle survenu dans ces conditions. Dans trois cas qui me sont personnels, l'érysipèle a débuté par le pharynx, dont la muqueuse était ulcérée, et de là il a gagné la face, tantôt par les oreilles, tantôt par les fosses nasales.

longue et par conséquent différer encore, quant à sa marche, de la plupart des pneumonies franches. En résumé, la syphilis doit être regardée comme une maladie dans le cours de laquelle les érysipèles et les pneumonies secondaires surviennent fréquemment ; d'où cette règle clinique, que toutes les fois que l'une ou l'autre de ces affections se présentera chez un individu débilité et cachectique, sans cause bien connue, le médecin devra songer à la syphilis viscérale. Il n'est pas impossible sans doute que d'autres affections viennent terminer les jours des individus atteints de syphilis tertiaire ; mais jusqu'à présent il n'y a que peu d'exemples d'un autre genre de complication.

II. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

La syphilis héréditaire, bien qu'entrevue par quelques-uns des syphiligraphes des premiers temps, n'a été réellement étudiée que depuis la fin du siècle dernier. Paracelse (1529) parle en termes clairs de l'hérédité de la syphilis, mais il connaît peu les désordres qu'elle produit : « Est morbus fœdus (morbus gallicus), se ad alios propagans, alios contaminans, et magis hereditarius, quam lepra. Quiqui luem gallicam partu accipiunt, ut infantes, non possunt ab hoc contagio liberari, crescit morbus cum infante, et pro miasmatis virtute modo citius, modo tardius erumpit. » Augier Ferrier (1553) n'est pas plus avancé sur ce point : « Cum in utero morbus contrahitur, tanquam hæreditarium fit malum, et tanquam corruptum elementum una cum paterno vel materno semine infunditur ; aut, si mater a die conceptionis in morbum inciderit, communicatis fœtui vitiosis infectisque humoribus, primæ conformationis facultates, actiones, organa, corrumpi necesse est. » Pierre Haschard (1554) reconnaît une double origine à la syphilis, la contagion et la génération, et à propos de ce dernier mode de transmission il écrit : « Per generationem vero, quoniam hic morbus humores vitiat et corrumpit ; unde semen corruptum qui sic affecti sunt, et ex hoc proles vitiata ac corrupta procreatur... » G. Fallope est plus explicite, il dit : « Præterea videbitis puerulos nascentes ex femina infecta, ut ferante peccata parentum, qui videntur semicocti. » Quoique le chapitre où se trouve ce passage n'ait d'autre but que celui de faire connaître les parties du corps qui peuvent être primitivement affectées, cependant, ainsi que le remarque Diday, l'épithète *semicocti* dit assez que déjà à cette époque le virus exerçait son influence sur l'enfant dès la vie intra-utérine. Voici enfin une observation, elle est de Rondelet (1560) : « Ego vidi, écrit cet auteur, puerum nasci totum coopertum pustulis morbi gallici. »

La pensée de Paré sur ce sujet est d'une interprétation facile, on lit dans un passage de son livre (chap. XXXIII) : « Souvent on voit sortir les petits enfants du sein de leur mère, ayant cette maladie, et, tôt après, avoir plusieurs pustules sur leur corps. » Au XVIIe siècle, L. Guyon Dolois, de Blegny, Musitano, Garnier, admettent la transmission héréditaire de la syphilis, et ce fait est accepté des principaux syphiligraphes du XVIIIe siècle, Fabre, Boerhaave, Van Swieten, Astruc, Brunner, Raulin, etc. Cependant, malgré

la description symptomatique de la syphilis héréditaire donnée par Rosen et malgré les indications thérapeutiques formulées à cet égard par Levret, les connaissances acquises allaient sans doute, grâce aux exagérations de Sanchez, tomber dans l'oubli, lorsque, en 1780, on créa à Vaugirard un hôpital spécial pour les femmes enceintes affectées de syphilis et pour leurs enfants. Dès ce moment commence dans l'histoire de la syphilis une ère nouvelle à laquelle se rattachent les noms de Faguer, Doublet, Pelletier, Leblanc, Bertin, Mahon, Cullerier, et qui nous a valu la connaissance des principales manifestations extérieures de cette maladie. A notre époque il était réservé de faire connaître les lésions plus profondes ou viscérales. Trousseau et Lasègue, Depaul, Gubler, P. Dubois, Desruelles, Nat. Guillot, Diday, Putegnat, etc., sont venus nous renseigner sur ce dernier point.

Bibliographie. — Augier Ferrier, *De pudendagra libri duo*, Aphrodisiacus, t. II, p. 906. Leyde, 1728. — Pierre Haschard, *De morbo gallico tractatus*, ibid., p. 930. — Gabriel Fallope, *De morbo gallico liber*, ibid., p. 769. — Matthiole, *De morbi gallici curatione Dialogus*, p. 63. Lugduni, 1536. — Paracelse, *De morbo gallico chirurgia*, Strasb., 1605. — G. Rondelet, *De morbo gallico*. Paris, 1573. — Guillemeau, *Chirurgie*. Paris, 1647. — A. Paré, *De la grosse vérole qui survient aux petits enfants*, Œuvr. compl. Lyon, 1652, p. 467. — Botal, *De luis venereæ curandæ ratione*. Parisiis, 1563, in-12. — Guyon Dolois, *Cours de méd. théor. et prat.*, par Laz. Meyssonnier, 6e édit. Lyon, 1673. — Harris, *De lue venerea*, dans R. Morton Oper. med., t. II, p. 83. Lyon, 1737. — Ch. Musitano, *Traité de la maladie vénérienne*, Naples, 1689 ; trad. par Devaux, Toulouse, 1711. — Garnier, *Traité pratique de la vérole*. Lyon, 1696. — Mauriceau, *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*, Paris, 1712, t. I, p. 518. — Van Swieten, *Aphor. Boerhaavii*, 1783. — Vercelloni, *Traité des maladies qui arrivent aux parties génitales, et particulièrement de la maladie vénérienne ;* trad. par Devaux, Paris, 1730, p. 374. — Astruc, édition de Louis, t. IV, 1777. — Nils Rosen de Rosenstein, *Traité des maladies des enfants* ; trad. de Lefebvre de Villebrune, Paris, 1778, p. 537. — Levret, *Art des accouchements*, 1753, p. 266. — Fabre, *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1773. — Raulin, *De la conservation des enfants*, t. II, p. 347. Paris, 1777. — Nisbett, *Essai sur la théorie et la pratique des maladies vénériennes;* trad. fr. de Petit-Radel, Paris. — Swediaur et Bell, déjà cités. — Colombier, *Observations sur la maladie vénérienne et le millet dont les enfants nouveau-nés sont attaqués*, etc.; mémoire lu le 28 août 1781 à la Société royale de médecine de Paris, t. III de ses Mémoires, p. 181. — Faguer, Thèse de Paris, 1783. — Doublet, *Obs. dans le départ. des hôpitaux civils*, etc., *manière de traiter les enfants malades dans l'hospice de Vaugirard*, etc. Journal de médecine, de chirurgie, de pharmacie, Paris, janvier 1785, t. LXIII, p. 445, 469 et suivantes. — Boutan, *De lue venerea in recens natis*. 4 frimaire an XII. — Pelletier, *Maladies syphilitiques des enfants nouveau-nés*. Thèse de Paris, 14 fructidor an XII. — F. Leblanc, *Maladies vénériennes des nouveau-nés, et exposé des moyens curatifs*. Thèse de Paris, 15 thermidor an XI. — J. P. Giraud, *La vérole peut-elle se communiquer à l'enfant avant sa naissance?* Thèse de Paris, 26 pluviôse an XIII. — P. A. O. Mahon, *Recherches importantes sur l'existence, la nature et la communication des maladies syphilitiques dans les femmes enceintes, dans les enfants nouveau-nés et dans les nourrices*, par Louis Lamauve. Paris, 1804. — God. Plucquet, *Initia bibliothecæ medico-practicæ et chirurgicæ*, t. VIII, p. 392, 399, 400. Tubingue, 1804. — J. Capuron, *Aphrodisiographie*, Paris, 1807, p. 274. — Vassal, *Mémoire sur la transmission du virus vénérien de la mère à l'enfant*. Paris, 1807. — Bertin, *Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices*. Paris, 1810.—J. B. L. Guenon de la Chanterie, *Syphilis des nouveau-nés*. Thèse de Strasbourg, 1816.—Bourgogne, *Considérations générales sur la*

contagion de la maladie vénérienne des enfants trouvés à leurs nourrices, suivies de la relation d'une affection syphilitique communiquée à plusieurs femmes par la succion du sein. Lille, 1825. — Krauss, *Dissertatio de pemphigo neo-natorum.* Bonn, 1834. — Huguier, *Syphilis chez les femmes enceintes et les nouvelles accouchées.* Gaz. méd. 1840, p. 62, et Bullet. de l'Académie de médecine, 13 juillet 1840. — Robert Lee, *De la transmission de la scarlatine, de la variole, de la syphilis et d'autres maladies par voie d'hérédité.* Annal. des maladies de la peau et de la syphilis, t. I, p. 317, Paris, 1844. — Colles, dans The Dublin Quarterly journal, 1840, et Ann. des maladies de la peau et de la syphilis, t. II, p. 220. — Rizzi, *Sur la syphilis.* Gazetta medica di Milano, avril 1846, et Gaz. méd. de Paris, même année, p. 841. — Hertle, *Du pemphigus des nouveau-nés et de sa nature.* Thèse de Strasbourg, 1847. — Cazenave, *De la contagion à propos de la syphilis congénitale.* Annales des maladies de la peau et de la syphilis, t. III, p. 281, 303. — Trousseau et Lasègue, *De la syphilis constitutionnelle des enfants du premier âge.* Archives générales de médecine, octobre 1847. — P. Dubois, *Du diagnostic de la syphilis considérée comme une des causes de la mort du fœtus.* Gaz. médicale de Paris, 1849. — Cullerier, *Du traitement de la syphilis des nouveau-nés.* Bulletin de thérapeutique, mai 1852, p. 433. *De l'hérédité de la syphilis.* Mémoires de la Société de chirurgie, 1854. — Bouchut, *De la syphilis infantile*, dans *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, etc., 1852. — Prieur, *Quelques questions sur la syphilis.* Thèse de Paris, 1851. — Depaul, *Mémoire sur une manifestation de la syphilis congénitale consistant dans une altération spéciale des poumons, pour servir à l'histoire de la syphilis intra-utérine.* Académie de médecine, 20 juillet 1851, et Gazette médicale, 1851, p. 392. — Devilliers, *Recherches sur le traitement antisyphilitique chez les femmes enceintes.* Mémoires de l'Académie de médecine, octobre 1851. — Gubler, *Mémoire sur une nouvelle affection du foie liée à la syphilis héréditaire.* Mémoires de la Société de biologie, 1852, t. IV, et Gazette médicale, 1852, p. 262. — A. Dugès, *De l'innocuité du lait des nourrices atteintes de syphilis pour les enfants qu'elles nourrissent.* Thèse de Paris, 1852. — Ch. Thierling, dans Annales et Bulletins de la Société médicale de Gand, 1852, p. 93. — Venot, dans Journal de médecine de Bordeaux, mars 1852. — Simon, *Mémoire sur la syphilis congénitale.* Journal des connaissances médico-chirurgicales, t. III, p. 254. — Ch. Desruelles, *Des manifestations de la syphilis congénitale et particulièrement du pemphigus des nouveau-nés.* Thèse de Paris, 1852. — F. Mayr, *Recherches sur la syphilis héréditaire chez les enfants.* Zeitschr. für Gesellsch. der Aerzte zu Wien, traduction de Axenfeld, Annales des maladies de la peau et de la syphilis, t. IV, p. 263, 1852. — Nat. Guillot, *Leçons cliniques sur la syphilis des nouveau-nés.* Moniteur des hôpitaux, 1853, p. 394. — Mandon, *Histoire de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.* Thèse de Paris, 1853. — Diday, *Traité de la syphilis des enfants nouveau-nés et des enfants à la mamelle.* Paris, 1854. — Doyon et Dron, *Observations sur la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.* Gaz. hebdomadaire, 1854. — Putegnat, *Histoire et thérapeutique de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle.* Paris, 1854. — Johns, *Considérations sur la syphilis comme cause d'avortement.* Dublin Quarterly journ. of med. science, 1854. — Martinez y Sanchez, *Essai sur la syphilis héréditaire.* Thèse de Paris, 1855. — Cappevilla, *De la syphilis chez les enfants.* Gaz. hebdomadaire, 1856, p. 675. Extrait de la Crónica de los hospitales. — Jacewicz, *Études sur l'hérédité de la syphilis.* Thèse de Paris, 1856. — Payran, *Études sur les manifestations de la syphilis congénitale.* Thèse de Paris, 1856. — Ravin, *Du traitement de la syphilis congénitale.* Thèse de Paris, 1857. — Trousseau, *Leçons sur la syphilis congénitale.* Union médicale, 1857. *Syphilis des enfants nouveau-nés.* Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, t. II, p. 655, 1862. — Diday, *Syphilis congénitale.* Annuaire de la syphilis et des maladies de la peau. Lyon, 1859. — A. Harvey, *On the fœtus in utero as inoculating the maternal with the peculiarities of the paternal organism*, dans The Glascow's journal, vol. VI, 1859. — Gibert, *Traité des maladies de la peau et de la syphilis.* Paris, 1860. — Von Rosen, *Ueber die Nachkommenschaft der Syphilitischen.* Behrend's Syphilidologie, t. III,

Erlangen, 1860-62. — G. Weisflog, *Beiträge zur Kenntniss der Dubois'schen Thymus abcesse bei angeborner Syphilis* (Contribution à la connaissance de l'abcès du thymus, décrit par Dubois dans la syphilis congénitale). Dissertation inaug. Zurich, 1860. — Émile Vidal, *De la syphilis congénitale.* Thèse pour l'agrégation. Paris, 1860. — A. Viennois, *De la syphilis transmise par la vaccination.* Archives générales de médecine, 1860. *Examen des opinions émises par M. Ricord à l'Hôtel-Dieu de Paris*, Leçons faites à l'École de médecine de Lyon. Paris, 1862. — Critchett, *On idiocy conseq. of hered. syphilis.* Med. Times and Gaz., jan. 9, 1860. — Jon. Hutchinson, *Is inheredited syphilis protective against subsequent contagion?* British med. Journ. sept. 21, 1861. — C. Maunder, *Même sujet*, ibid., oct. 3, 1861. — C. Muller, *Ueber den Einfluss mercur. Behandlung syphilitischer Eltern auf deren Kinder.* Wien. med. Wochenschr., n° 1, 1861. — Bumstead, *The pathol. and treatment of venereal diseases.* Philadelphia, 1861. — Schott, *Veranderungen der inneren Organ. bei Syphilis hereditaria.* Jahrb. für Kinderheilkunde, IV, 224, 1861. — Wiedenhofer, *Sur les abcès du thymus dans la syphilis héréditaire.* Jahrb. für Kinderheilk., IV, p. 229, 1861. — Em. L. Schmidt, *De lue hereditaria*, diss. inaug. Berlin, 1861. — Aug. Rheinstaedter, *De lue congenit. et hereditaria*, diss. inaug. Berlin, 1861. — Max. Marung, *De lue congenita ratione habita imprimis oculorum affectionum*, dissert. inaug. Berlin, 1861. — W. Boeck, *Recherches sur la syphilis.* Christiania, 1862. — Vieil, *Syphilis hered. als Ursprung von Lupus.* Schmidt's Jahrb., t. CXVII, 299. — Lingen, *Sur la syphilis congénitale et acquise des nouveau-nés*, dans Petersburg. med. Zeitschr., III, 6, p. 176, 1862. — Pick, *Zur Lehre von der hereditaeren Syphilis.* Wien. med. Hall, IV, 11, 12, et Schmidt's Jahrb. t. CXX, 194. — A. Förster, *Beiträge zur pathologischen Anatom. des congenitalers Syphilis.* Wurzb. med. Zeitschr., IV, p. 1, 1863, et Schmidt's Jahrb., t. CXVIII, p. 43. — Allingham, *On the treatment of hereditary syphilis in infancy.* Med. Times and Gaz., oct. 3, 1863, p. 453. — Ern. Hart, *De l'ophthalmie comme signe pathognomonique de la syphilis héréditaire*, Lancet, I, 2 janvier 1863. — Golzain, *Influence de la syphilis sur le cours normal de la grossesse.* Thèse de Strasbourg, 1863. — F. V. Bærensprung, *Die hereditaere Syphilis.* Berlin, 1864. — Henri Roger, *Étude clinique sur la syphilis infantile.* Union médicale, 24, 28, 31 janvier, 4 et 7 février 1865. — Bouchut, *De la syphilis du nouveau-né.* Gazette des hôpitaux, n° 90, août 1865. — R. W. Dunn, *Cas de syphilis chez les enfants*, British med. Journal, dec. 9, 1865, p. 600. — Jon. Hutchinson, *A clin. Mem. on certain diseases of the eye and ear conseq. on inhered. syphilis.* London, 1863. — Le même, *New facts and opinions as to inheredited Syphilis.* Clinical Lectures and Reports of the London Hospital, vol. II, p. 145, 1865. — Le même, dans British med. Journ. nov. 9. 1867. — R. Förster, *Zur Behandlung der infantilen Syphilis*, Deutsches Archiv für klin. Med., t. II, p. 214, 1866. — C. Hecker, *Ueber Syphilis congenita innerer Organe.* Monatschrift für Geburtsheilk. XXX, p. 22, jan. 1869. — G. Casati, *Études et observat. sur la syphilis infantile.* Annal. de dermatologie et de syphiligraphie, t. III, p. 290. — Mollière, *Observat. de syphilis congénitale*, même recueil, t. II et III. — C. Hennig, *Zwei besond. formen von Lues herditaria*, Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. VI, p. 109, 1872.

ÉPOQUE D'APPARITION ET DIVISION.

Parmi les maladies, celles que l'on peut appeler virulentes ont, plus que les autres peut-être, le privilége d'apparaître au moment même de la naissance ou peu de temps après. La variole, comme on sait, se développe pendant la vie intra-utérine; de même la syphilis donne souvent lieu à des manifestations syphilitiques rapprochées du moment de la conception ou de la naissance. Un certain nombre d'enfants provenant de parents syphilitiques succombent dans le sein maternel, et de là l'avortement; d'autres, nés vivants, sont porteurs de lésions bien et dûment syphilitiques.

Dans le plus grand nombre des cas, cependant, l'enfant qui hérite de la syphilis a tout d'abord les apparences de la santé, et c'est seulement quelques semaines plus tard qu'il présente les signes accusateurs du mal qui lui a été transmis par ses parents. Habituellement, comme l'établit H. Roger, c'est du premier au troisième mois de la vie extra-utérine que la syphilis se manifeste chez l'enfant nouveau-né ; le témoignage des autorités et celui des faits s'accordent sur ce point. Nisbett, Doublet, Mahon, Babington, Gilbert, Huguier, Bouchut, Bardinet, Desmarres (1), affirment que les symptômes de la syphilis héréditaire surviennent entre quelques jours et deux ou trois mois ; la dernière limite, mais tout à fait exceptionnelle, serait de sept mois pour Trousseau et Lasègue, de un an pour Cullerier. Les faits parlent avec non moins de rigueur. Sur un total de 249 observations (2), où la date des premiers accidents se trouve notée avec soin, 118 fois la syphilis s'est montrée dans le premier mois, 217 fois avant la fin du troisième, et cette limite du troisième mois n'est dépassée que chez 32 malades ; c'est-à-dire que, dans près de la moitié des cas, l'affection syphilitique transmise par les parents s'est manifestée avant le premier mois révolu, et avant le troisième dans les 7/8 des cas; la portion des syphilis où cette période du premier trimestre de la vie était dépassée a été trouvée de 1/8 seulement : d'où cette conclusion que, si le médecin n'a point de renseignements sur la source où la syphilis a été puisée, ou s'il doute de l'authenticité des renseignements, il pourra, en s'en rapportant au calcul des probabilités, décider que la syphilis d'un enfant est héréditaire ou acquise, suivant qu'elle se sera manifestée avant ou après le troisième mois de la vie (Roger).

Telle est la règle, mais ce serait une erreur de penser que la syphilis héréditaire n'apparaît plus après cet espace de temps. Il est des faits dans lesquels cette affection, après être restée latente pendant un certain nombre d'années, a fini par se révéler, comme il arrive pour la plupart des maladies constitutionnelles, par des manifestations plus tardives et un peu différentes des précédentes. On est conduit à se demander si les individus atteints de syphilis héréditaire tardive ne sont pas héritiers de parents infectés depuis longtemps et déjà arrivés à la période tertiaire au moment de la conception. Les faits, jusqu'ici incomplets, ne permettent malheureusement pas de savoir ce qu'il pourrait y avoir de vrai dans une semblable hypothèse ; mais comme les déterminations locales diffèrent en général suivant que la syphilis héréditaire se manifeste dans les premiers temps de la conception, quelques semaines après la naissance, ou plus tardivement, il en résulte que nous devons étudier dans des chapitres séparés les manifestations de la syphilis héréditaire, que nous diviserons en syphilis fœtale, syphilis infantile et syphilis tardive ou de l'adulte.

(1) Desmarres, *Traité des maladies des yeux*, t. I, p. 626.
(2) H. Roger, *Union méd.*, 31 janvier 1865, p. 203.

ARTICLE I. — SYPHILIS FŒTALE; AVORTEMENT.

La syphilis manifeste son action sur le fœtus, ou bien directement en altérant ses organes, ou bien indirectement par des lésions des membranes indispensables à son existence. Le résultat ordinaire de ces altérations est l'avortement.

Étude anatomique. — Les lésions des enveloppes, peu étudiées malgré leur importance, sont jusqu'ici incomplétement connues. Lebert (1) signale l'existence, entre le feuillet amniotique et le placenta, de granulations jaunes ayant la structure du tubercule; mais, plus tard, il hésite à attribuer une origine syphilitique à ces lésions (2). Simpson (3) ne fait jouer qu'un rôle accessoire à la syphilis dans la production de l'asphyxie du fœtus liée à une altération du placenta. Mackensie (4) a constaté la présence d'une couche fibrino-graisseuse épaisse entre les membranes fœtales; mais on se demande si la syphilis est la cause de ce dépôt.

Les observations de Wilkinson King rapportées par Wilks (5) donnent lieu au même doute. Tous ces faits pourtant ne sont pas sans valeur, ils indiquent au moins la fréquence des lésions placentaires chez les femmes syphilitiques. Ces lésions, suivant Virchow (6), intéressent la partie maternelle ou la partie fœtale du placenta, et s'il est douteux que cette dernière puisse être primitivement affectée, il n'en est pas de même de la première. Elles se présentent sous deux formes, l'une diffuse, l'autre circonscrite. La forme diffuse, caractérisée par l'épaississement avec induration fibreuse du placenta parfois adhérent à l'intérieur, se termine en général par l'atrophie des villosités (7). La forme circonscrite revêt une apparence papuleuse ou condylomateuse, et les excroissances ou végétations polypeuses qui la constituent sont un tissu muqueux organisé et riche en vaisseaux (Endometritis decidua). Meissner (8) considère la syphilis comme une cause d'hydramnios.

Les altérations du fœtus varient avec l'âge. Le fœtus mort dans les premiers mois de la conception est ordinairement dans un état de macération plus ou moins avancée, vraisemblablement en rapport avec le temps écoulé entre sa mort et son expulsion. L'épiderme est ramolli, soulevé en divers endroits

(1) Lebert, *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1852, t. II, p. 127.
(2) *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 242.
(3) Simpson, dans *Obstetric Memoirs and contribut*, Edinburg, 1856, vol. II, p. 456.
(4) Mackensie, dans *Association medical Journal*, 1854, n° 97.
(5) S. Wilks, dans *Guy's hospital Reports*, sér. III, vol. IX, p. 60.
(6) *Die Krankhaften Geschwülste*, t. II, p. 478. — Comparez : Kronid Slavjanski, *Endometritis placentaris gummosa*, Prager Vierteljohrschr. t. CIX, p. 130, 1871.
(7) Le docteur Braunn, cité par Wedl, *Grundzüge der pathologischen Histologie*, p. 305, Wien, 1853, rapporte le cas d'une infiltration diffuse de tissu conjonctif de nouvelle formation dans le chorion d'une femme affectée de syphilis. La conséquence de cette lésion fut l'atrophie du chorion et l'avortement.
(8) E. A. Meissner, *Ein. Bemerk. und Beobacht. über Hydramnios*, Monatschrift für Geburtsbeilkunde, XXXII, p. 17, 1868. — Comparez : A. Bourgarel, *Archives de médecine navale*, t. X, p. 115.

par une sérosité trouble ; le derme n'est pas enflammé, mais parfois légèrement ecchymosé. Dans les cas où l'œuf sort tout entier sans déchirure des membranes, le liquide amniotique est fétide, trouble, foncé ou brunâtre. Les organes internes, peu avancés en putréfaction, sont simplement ramollis, et ne présentent aucune altération appréciable, surtout dans les premiers mois de la grossesse. Plus tard, on constate des lésions diverses, principalement des adhérences ligamenteuses des viscères de l'abdomen, soit entre eux, soit avec la paroi abdominale (péritonite). L'avortement qui a lieu dans les derniers mois de la grossesse donne un produit en général amaigri, relativement petit, et dont la surface cutanée, parfois semée de points ecchymotiques, est rarement le siége d'éruption. Pourtant, les membranes séreuses des cavités pectorale, crânienne et abdominale sont le plus souvent infiltrées de taches ecchymotiques, et quelquefois le parenchyme des poumons, des reins, des capsules surrénales, du cerveau lui-même, est le siége d'extravasions sanguines. Outre les adhérences qu'ils contractent avec les parties voisines, le foie et la rate, les capsules surrénales et le thymus sont régulièrement augmentés de volume, et, dans quelques cas, ils présentent des foyers circonscrits d'inflammation diffuse ou gommeuse; les os sont parfois atteints de périostites et les cartilages articulaires sont décollés. Inutile d'insister sur ces lésions, qui, en somme, sont peu différentes de celles qui font partie de la syphilis infantile.

Étude symptomatique. — Les symptômes de la syphilis fœtale ou intra-utérine s'observent surtout du côté de la mère, puisqu'on ne peut apprécier directement l'état de l'enfant, si ce n'est après sa naissance; ils comprennent la transmission de la syphilis du fœtus à la mère et l'avortement.

L'infection de la mère par le fœtus, généralement admise à une époque où la transmissibilité des accidents secondaires était tombée dans l'oubli, exige aujourd'hui un examen plus attentif que celui qu'on lui a accordé. Le criterium indispensable de ce mode de contagion est l'absence de tout phénomène extérieur local, et l'apparition d'emblée d'accidents secondaires à un moment particulier de la grossesse. Indépendamment des cas rassemblés par divers auteurs, Hutchinson notamment (1), et qui paraissent présenter ces conditions nécessaires, Baerensprung a rapporté des faits laissant peu à désirer sur ce point délicat, à cause de l'époque d'apparition des manifestations. Effectivement, cet auteur a observé des femmes qui, sans accident syphilitique préalable, ont présenté, pendant le cours du troisième mois de la grossesse, vers la dixième semaine, c'est-à-dire immédiatement après le temps nécessaire à l'éclosion des accidents secondaires, des phénomènes syphilitiques généraux. Le développement de la syphilis dans ces conditions, lorsqu'il n'est précédé d'aucune lésion locale, et quand il est possible de s'assurer que cette maladie n'a pas existé antérieurement, est donc un indice de l'infection syphilitique du fœtus.

L'avortement est une autre manifestation de la syphilis héréditaire. Signalé dès le XVIIe siècle par divers syphiligraphes ou accoucheurs, cet accident a été

(1) Jon. Hutchinson, *Transmission de la syphilis du fœtus à la mère*, Med. Times and Gaz., 1856, et Gaz. méd. de Paris, 1857, p. 646.

l'objet d'une attention spéciale de la part de B. Bell, qui tend à mettre la syphilis au nombre de ses causes les plus fréquentes. Suivant Potton, l'avortement se produit dans la dixième partie des cas de syphilis héréditaire, il aurait lieu une fois sur neuf. d'après une statistique d'Arneth, Weber (1) est arrivé, toujours par la statistique, à la conclusion que la syphilis exerce une minime influence sur la durée de la grossesse, tandis que Whitehead compte sur 256 femmes affectées de syphilis, 117 avortements. Quoiqu'il en soit de la valeur de ces données statistiques, susceptibles de varier suivant les traitements employés (2), la fréquence de l'avortement dans la syphylis héréditaire ne peut être contestée. Le moment de sa production est variable. On voit quelquefois des femmes, après un retard, être prise d'une hémorrhagie, qui, malgré l'absence de l'œuf, ne trahit pas moins un avortement. Mais, en général, c'est après le quatrième mois, et surtout vers le sixième et le septième que cet accident survient, tantôt à la suite d'une lésion des enveloppes tantôt, et le plus souvent, par le fait de l'infection syphilitique du fœtus et des lésions matérielles qui en sont la conséquence. Les observations de Baerensprung et de quelques autres syphiligraphes tendraient à prouver que l'avortement est tout à la fois plus précoce et plus fréquent si le père est, plutôt que la mère, l'auteur de la syphilis de l'enfant ; mais il est des observateurs qui pensent le contraire. Quelle que soit d'ailleurs la source de l'infection, le père, la mère, ou tous deux ensemble, l'avortement est loin d'être toujours unique ; on peut dire qu'il n'est pas rare de voir trois, quatre, cinq et six couches aboutir inévitablement, soit à l'avortement, soit à la naissance d'enfants syphilitiques. Un fait digne de remarque et sur lequel Diday a fixé l'attention, c'est l'affaiblissement graduel du virus fœticide, affaiblissement qui, chez une même femme ayant plusieurs couches successives, se traduit sur les fœtus syphilitiques par la durée de plus en plus grande de la vie intra-utérine.

Les faits sur lesquels repose cette loi de décroissance sont nombreux. Bertin en a rapporté un des plus remarquables, où l'on voit le premier enfant naître à six mois, le second à sept, le troisième à sept mois et demi, le quatrième venir à terme, mais ne survivre que dix-huit heures, le cinquième, à terme aussi, vivre six semaines, enfin le sixième vivre quatre mois sans traitement. Roger a vu un cas non moins intéressant où il y a eu d'abord une fausse couche à huit mois et demi, à une seconde parturition, accouchement d'un enfant mort, à une troisième, mort de l'enfant quatre mois après la naissance, à une quatrième, mort de l'enfant à huit mois ; à une cinquième, l'enfant était encore vivante et bien portante à dix-sept mois. Quelques faits contraires, c'est-à-dire concernant des avortements successifs à des époques de moins en moins avancées de la grossesse, existent aussi, mais ils sont trop peu nombreux pour invalider la loi. Diday les explique en admettant que, dans le principe, un seul parent, le père, était infecté, et que, plus tard, la mère l'ayant été à son tour, le fœtus a dû subir l'influence morbifique des deux parents.

(1) F. Weber, *De l'infl. de la syphilis constit. sur la gravidité*, Berlin. klin. Wochenschrift, n° 1, et Gaz. hebd., 1870.

(2) Voyez Julius Lowy, *Reobact an einer Reihe von syphil. Schwangern*, Wien. med. Wochenschr. XIX, 39, 1869.

ARTICLE II. — SYPHILIS INFANTILE.

Nous rangeons sous cette dénomination les accidents de syphilis héréditaire qui surviennent pendant l'enfance et souvent peu de temps après la naissance. Observés sur les différents points du corps, ces accidents doivent être étudiés dans chacun des grands appareils organiques.

§ 1. — Lésions du tégument externe; syphilides exanthématiques.

Les lésions cutanées de la syphilis héréditaire ne diffèrent pas sensiblement de celles qui font partie de la syphilis acquise. Elles consistent toujours en des éruptions érythémateuse, papuleuse, pustuleuse et vésiculeuse. Les tubercules sont rares, mais par contre la syphilide bulleuse est commune, elle est désignée sous le nom de pemphigus.

La roséole n'a été rencontrée qu'un petit nombre de fois. Bassereau a vu débuter le troisième jour après la naissance un érythème papuleux syphilitique qui bientôt après fut compliqué de coryza. Étendue sur presque tout le corps, l'éruption avait commencé au front et aux joues par des taches d'un rouge terne, qui prirent ensuite la teinte cuivrée et devinrent légèrement saillantes. Chez un nouveau-né de son service, Cullerier a également noté l'existence d'une roséole. Guérard, Landmann, A. Cooper, ont publié l'histoire d'enfants qui présentèrent au moment de leur naissance une éruption de taches fauves ou cuivrées. H. Roger rapporte plusieurs cas d'une semblable éruption, facilement reconnaissable à une teinte cuivrée caractéristique. Cette éruption, selon Diday, serait constituée par des taches d'un rose vif, irrégulièrement arrondies, d'une largeur variable (le plus souvent de celle de l'ongle). Ces taches siégent de préférence au ventre, au bas de la poitrine, au cou et à la face interne des membres ; elles sont rarement isolées, et le plus souvent accompagnées d'ulcères de la bouche et de l'anus.

Les plaques syphilitiques sont, de tous les accidents cutanés, ceux qu'on a le plus souvent l'occasion d'observer chez l'enfant nouveau-né, et ce fait paraît avoir sa raison d'être dans la structure particulière de la peau à cette époque de la vie, et aussi dans le défaut de soins de propreté où se trouvent un si grand nombre d'enfants. Ces manifestations se montrent d'ordinaire dès les premiers jours de la naissance, plus rarement pendant la vie intra-utérine ; elles ont leur siége d'élection sur les téguments voisins des ouvertures naturelles, et particulièrement au niveau des lèvres ou au voisinage de la bouche, à l'entrée des narines, à l'angle externe des commissures palpébrales, au pourtour de l'anus, sur les parties génitales des deux sexes. Elles apparaissent tantôt et le plus souvent sous forme de petits points rouges granuleux, qui bientôt se convertissent en des plaques saillantes, humides, blanchâtres, fétides, circonscrites par une auréole violacée, tantôt sous forme de gerçures ou de fissures plus ou moins profondes et humides et dont le fond ne tarde pas à prendre une teinte blanchâtre. Quel que soit, du reste, celui de ces deux modes qui prédomine, les plaques syphilitiques revêtent, principalement au

pourtour des orifices naturels, une disposition particulière qui a fait comparer la circonférence de l'anus à une sorte de couronne dentelée, et l'orifice buccal à une bourse serrée par son cordon. Comme chez l'adulte, ces accidents sont constitués chez l'enfant par les papilles tuméfiées, injectées, infiltrées de sérosité, de noyaux et de cellules de nouvelle formation, et par les glandes sébacées, dont la sécrétion est activée. L'intertrigo et l'impétigo des jeunes enfants sont à peu près es seules affections susceptibles de les simuler. Il suffit de savoir que des soins de propreté et quelques cataplasmes émollients font cesser rapidement l'intertrigo ; quant aux croûtes jaunes, épaisses, confluentes, mal circonscrites de l'impétigo ordinaire, outre qu'elles diffèrent de la surface blanchâtre et humide des plaques muqueuses, elles laissent au-dessous d'elles le derme simplement enflammé et non ulcéré. Avec les plaques muqueuses coexistent, d'ailleurs, des taches d'un rouge foncé qui peuvent encore entrer en ligne de compte dans le diagnostic.

Les syphilides papuleuse, vésiculeuse, pustuleuse superficielle, sont, de même que la roséole, des accidents relativement peu fréquents dans le cours de la maladie qui nous occupe ; peu de faits du moins, à notre connaissance, établissent jusqu'ici d'une manière bien certaine les caractères de ces accidents dans la syphilis héréditaire. Un observateur distingué, le docteur Roger, a vu un enfant de trois mois atteint de syphilide papuleuse, de roséole et d'ecthyma ; il n'y avait chez cet enfant aucune autre manifestation, et la santé des parents était restée inconnue. J'ai observé moi-même deux cas de syphilide papuleuse chez des nouveau-nés; mais il n'en faut pas moins mentionner la rareté des éruptions exanthématiques, à part les plaques muqueuses, dans la syphilis héréditaire.

Les affections pustuleuses profondes, telles que l'impétigo et l'ecthyma, appartiennent en général à une période plus avancée de la maladie. L'impétigo syphilitique a pour siége ordinaire la face ; la poitrine, le cou, les oreilles, les aines, sont des parties qui ne lui échappent pas toujours. Ce qui caractérise cet accident, c'est l'apparition de nombreuses pustules confluentes, qui s'ouvrent promptement et forment par l'évaporation rapide de la partie liquide du pus des croûtes jaunes, épaisses, saillantes. La peau que recouvrent ces croûtes ordinairement circonscrites par une auréole cuivrée est le plus souvent parsemée d'ulcérations grisâtres et peu profondes. Les caractères de ces ulcérations, et l'auréole qui les circonscrit sont les signes à l'aide desquels il est possible de distinguer l'impétigo syphilitique de l'impétigo simple, qui, du reste, occupe habituellement le cuir chevelu.

L'ecthyma syphilitique est chez le nouveau-né, comme chez l'adulte, un accident grave et fâcheux. Il se manifeste aux membres, et principalement aux jambes et aux fesses, par des taches violacées qui se convertissent ensuite en pustules sanguinolentes ; bientôt ces pustules sont recouvertes par une croûte épaisse, noirâtre, entourée d'une auréole violacée, et cachant une ulcération profonde taillée à pic, susceptible de produire, en peu de jours, des ravages considérables. Bien que l'ecthyma puisse survenir quelquefois simplement à la suite des privations et de la misère, cette affection, néanmoins, reconnaît presque toujours une origine syphilitique. Le diagnostic en est difficile, selon

Roger, et ce n'est que par les symptômes spécifiques concomitants qu'il est possible de juger de la nature véritable de cette éruption.

Le mot *pemphigus* (πέμφιξ, *bulle*) sert à caractériser une lésion cutanée constituée par des bulles d'un volume qui varie depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'une noisette ou d'une noix. Cette lésion, analogue à celle que détermine à la surface de la peau l'application des cantharides, se rencontre peu chez l'adulte ; mais on l'observe fréquemment chez l'enfant, soit au moment de la naissance, soit quelques jours plus tard. Tandis que chez l'adulte elle est à peu près toujours indépendante de la syphilis, chez l'enfant, au contraire, elle coexiste le plus souvent avec des altérations dont l'origine syphilitique est incontestable, et pour cette raison on a voulu voir, depuis longtemps, une liaison causale entre le pemphigus des nouveau-nés et la maladie syphilitique.

Les ouvrages des anciens syphiligraphes ne renferment aucun passage qui paraisse se rattacher directement au pemphigus syphilitique, si ce n'est peut-être une citation de Rondelet. Doublet fait mention de pustules isolées, grosses, proéminentes, survenant aux mains, aux pieds, et particulièrement aux doigts des enfants nés de parents syphilitiques. En 1791, Wichmann (1) non-seulement décrivit le pemphigus avec précision, mais l'un des premiers il lui assigna pour cause le vice syphilitique. Peu de temps après, en 1794, Osiander (2), dans un traité spécial, se refuse à admettre cette cause. Bertin parle à peine du pemphigus, et la description qu'en donne Stan. Gilbert (3) paraît se rapporter spécialement à la forme simple de l'affection. Dugès (4) insiste sur l'origine syphilitique du pemphigus, mais sans donner de faits concluants à l'appui de son opinion. Lobstein (5), Jörg (6), Kruss (7), rapportent des observations de pemphigus, dont ils nient l'origine syphilitique. Depaul (8), en 1837, fait entrer dans une phase nouvelle la question qui nous occupe, par le rapprochement qu'il établit entre le pemphigus des nouveau-nés et certaines lésions pulmonaires coexistantes. Valleix (9) étudie, de son côté, le pemphigus des nouveau-nés, et Cruveilhier (10) en rapporte plusieurs cas dans lesquels il constate l'existence d'une altération pulmonaire (pneumonie lobulaire) concomitante. En 1847, Stoltz, de Strasbourg, émet l'opinion que le pemphigus des enfants nouveau-nés est le plus souvent syphilitique, il se fonde sur trente cas par lui observés et dans lesquels il a pu trouver des accidents vénériens chez les parents. Hertle défend cette doctrine dans sa thèse inaugurale.

En 1851, s'élève sur cette affection, au sein de l'Académie de médecine, une

(1) *Beiträge zur Kenntniss des Pemphigus*. Erfurt, 1791.
(2) *Denkwürdigkeiten für die Heilkunde und die Geburtshülfe*, 1794, t. I, p. 383.
(3) Gilbert, *Monographie du pemphigus*. Paris, 1813.
(4) Dugès, *Recherches sur les maladies les plus importantes et les moins communes des enfants nouveau-nés*. Thèse de Paris, 1821.
(5) *Journal complément. des sciences méd.*, t. VI, p. 3, 1820.
(6) *Handbuch der Kinderkrankheiten*, 1826.
(7) *De pemphigo neo-natorum*, Bonnæ, 1834.
(8) Depaul, *Bulletins de la Société anat.*, 1837.
(9) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838.
(10) *Anatom. patholog. du corps humain*, 15e livraison.

discussion restée célèbre. Cazeaux y soutient, contre Paul Dubois, que le pemphigus plantaire et palmaire des enfants nouveau-nés n'est pas syphilitique ; mais les arguments dont il se sert pour nier toute liaison causale entre le pemphygus et la syphilis ne peuvent résister à ceux que donne le professeur Dubois, à savoir : l'existence habituelle de la syphilis chez les parents des enfants atteints de pemphigus, la coexistence fréquente de cette manifestation avec des lésions caractéristiques de la syphilis, et enfin la possibilité de la guérison par un traitement mercuriel.

Depuis lors, Desruelles (1), Fèvre (2), Bamberger (3), Ollivier et Ranvier (4), H. Roger (5), sont venus apporter de nouveaux faits à l'appui de la doctrine qui fait du pemphigus des extrémités une manifestation de la syphilis héréditaire. Défendue par Cazenave, Danyau, Devergie, Hugier, cette doctrine, acceptée par Lebert, Bouchut, Maisonneuve et Montanier, E. Vidal, est celle que nous adoptons. Pourtant, des hommes d'un grand mérite hésitent à se prononcer ou ne partagent pas l'opinion qui nous paraît la plus exacte ; les uns, comme Ricord et Gubler, font du pemphigus des nouveau-nés tantôt un signe de syphilis héréditaire, tantôt un signe de cachexie ; les autres, avec Trousseau et Lasègue, Gibert, Diday et Bazin, ne voient dans cet accident que l'expression symptomatique d'une maladie cachectique quelconque.

La portion du derme qui va devenir le siége de l'éruption laisse voir d'abord une vive congestion sous forme d'un cercle rouge foncé lie de vin, ou même une véritable saillie papuleuse. Les bulles ne tardent pas à apparaître, elles sont confluentes plutôt que discrètes, et le derme sur lequel elles reposent, plus ou moins profondément lésé, offre une teinte bleuâtre ou violette qui contraste avec la couleur rosée des autres parties. Opalines, blanchâtres ou jaunâtres, suivant la qualité du produit de sécrétion, elles varient quant à leur volume et peuvent présenter jusqu'à 1 centimètre et plus en diamètre. Leur contenu est un liquide albumino-fibrineux, au sein duquel nagent des globules de pus et des cellules épidermiques. Après un court intervalle de temps, la pellicule épidermique qui circonscrit la bulle se rompt, et le contenu s'en échappe ; il reste une légère ulcération suivie d'une cicatrice, ou bien le contenu se dessèche et forme des croûtes jaunâtres ou noirâtres qui persistent pendant un temps plus ou moins long. C'est dans ces conditions que les bords de la plaie, parfois relevés et arrondis, donnent au pemphigus quelques-unes des apparences de l'ecthyma.

Le pemphigus, suivant quelques observateurs, précéderait la naissance d'un

(1) Desruelles, Thèse de Paris, 1852.

(2) Fèvre, *Du pemphigus des nouveau-nés*. Thèse de Paris, 1855.

(3) Bamberger, *Beitrüge zur Lehre vom Pemphigus* (*Wurzburg medicin. Zeitschr.*, tom. I, part. 1, 1870).

(4) Ollivier et Ranvier, *Du pemphigus des nouveau-nés*, dans *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1863-1864, t. XXVI, p. 554 à 607.

(5) H. Roger, dans *Union méd.*, 1865. — Comparez : *Bulletins de la Société anotomique*, années 1837, 1341, 1842, 1851, 1852, 1853, 1854. — P. Dubois, *Gaz. médicale*, 1850. — Cazenave, *Dict.* en 30 vol. — Hervieux, *Union médicale*, 1852. — Charrier, *Gaz. des hôpitaux*, 1854. — Vanverts, *Gaz. méd.*, 1861, p. 561. — Bouchut, *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, dern. édit. 1862. — Putegnat, *loc. cit.* Paris, 1864. — Dawosky, *Schmidt's Jahrb.*, t. CXXXVIII, p. 200. Voir enfin, pour plus de détails bibliographiques, le mémoire de MM. Ollivier et Ranvier.

laps de temps assez long pour que dans quelques cas l'on puisse voir, aussitôt que l'enfant est né, des vésicules déjà crevées et vides, à côté d'autres qui commencent à paraître et d'autres qui sont parvenues au terme de leur évolution ; mais on peut croire qu'il s'agit alors de simples phlyctènes. Cette éruption se développe ordinairement un certain nombre de jours (8 à 15 en général) après la naissance, et s'observe chez des enfants qui jusque-là semblaient jouir d'une parfaite santé. Son siége mérite d'être précisé avec exactitude : la plante des pieds et la paume des mains (voyez pl. II, fig. 5) en sont les siéges de prédilection ; rarement le pemphigus s'étend sur les faces dorsales de ces mêmes parties, et plus rarement encore il envahit d'autres points du corps. Dans tous les cas les régions plantaire et palmaire sont les premières atteintes, et cette particularité constitue en quelque sorte la marque caractéristique de l'affection. Le pemphigus, comme la plupart des éruptions syphilitiques, procède par poussées successives, ce qui accroît d'autant sa durée, et chaque bulle met quelques jours au plus à accomplir son évolution.

La mort, terminaison habituelle du pemphigus syphilitique, est généralement due aux lésions viscérales concomitantes et à la profonde cachexie dont elles sont la cause. Une diarrhée abondante, des vomissements, le muguet et un état de faiblesse progressive, tels sont les symptômes précurseurs de ce mode de terminaison.

Le diagnostic du pemphigus, en tant que lésion élémentaire, est facile. La difficulté est de savoir découvrir l'origine de cette manifestation et de saisir le lien qui peut l'unir à tel ou tel état diathésique. Sous ce rapport, il importe de tenir compte du siége de l'affection et de son époque d'apparition. Ainsi le pemphigus qui se développe au moment de la naissance ou quelques jours plus tard, et qui se limite à la paume des mains ou à la plante des pieds, est presque sûrement syphilitique ; les autres espèces de pemphigus des nouveau-nés occupent indistinctement les différents points du corps, le tronc et les membres, et quelques-unes d'entre elles ont paru revêtir quelquefois un caractère épidémique. La connaissance des antécédents paternels et maternels vient en aide au diagnostic. L'ecthyma, qu'il n'est pas impossible de confondre avec le pemphigus, commence par de petites papules indurées qui suppurent et donnent lieu à des ulcérations profondes ou même phagédéniques. Le pronostic du pemphigus syphilitique, toujours sérieux, est d'autant plus grave que la cachexie est plus marquée.

La plupart des auteurs s'accordent à refuser une origine spécifique au pemphigus de l'adulte, et en effet cette éruption est extrêmement rare chez lui dans le cours de l'évolution syphilitique. Bassereau, cependant, a pu l'observer deux fois, et il a été conduit à en faire un accident de la syphilis acquise. Dans l'un des deux faits rapportés par cet observateur distingué, le pemphigus, survenu de neuf à dix mois après le début du chancre, coexistait avec des plaques muqueuses, il avait son siége à la paume des mains, il disparut sans laisser de traces.

Le tubercule syphilitique, autre manifestation de la syphilis héréditaire, est relativement peu commun. Bertin donne de cet accident une description très-vague, et Bassereau rapporte que trois enfants nés de parents syphilitiques furent atteints, peu de jours après leur naissance, de gros tubercules ou tu-

meurs sous-cutanées qui ne tardèrent pas à se ramollir et à s'ulcérer. Putégnat prétend que les nouveau-nés atteints de la vérole présentent quelquefois une affection cutanée caractérisée par des tubercules arrondis, mamelonnés, qui au bout d'un certain temps se ramollissent et s'ulcèrent. Les ulcérations gagnent en étendue et en profondeur, détruisant la peau et le tissu sous-jacent ; elles se recouvrent d'une croûte épaisse, noirâtre et adhérente, qui chaque fois qu'elle vient à tomber laisse voir une perte de substance de plus en plus large et profonde. Pour ce motif l'auteur donne à cette affection le nom de lupus syphilitique des nouveau-nés. Sur le corps d'un enfant qui venait de naître, Virchow (1) trouva des tubercules disséminés de chacun desquels partait un cordon lymphatique relativement volumineux, et, au bras gauche, tous ces cordons allaient aboutir à un ganglion. Les tubercules de la peau et ceux du tissu cellulaire sous-cutané ont été, chez les jeunes enfants, étudiés par Rinecker (2). Ces derniers ne paraissent pas avoir échappé à Doublet et à Mahon ; il y a lieu, en effet, de songer à ces tubercules dans les cas de tumeurs suppurées mentionnés par ces observateurs.

L'onyxis, dont il a été question à propos de la syphilis acquise, n'est pas absolument étranger à la syphilis héréditaire. Doublet, parlant des pustules isolées des doigts, ajoute : « Quelquefois elles sont placées de manière à chasser les ongles. Un enfant, entre autres, a perdu tous les ongles d'une main et trois d'un pied. » Albers a observé un enfant qui offrait, peu de temps après sa naissance, une petite pustule vers l'ongle du pouce gauche. Bertin a vu deux fois les ongles des pieds et des mains tomber à plusieurs reprises, par suite de la suppuration de la matrice de l'ongle. Gerhardt (3) rapporte un exemple très-analogue : chez un nouveau-né syphilitique, les ongles des pieds et des mains, peu à peu atrophiés et en apparence plus longs et plus étroits, tombèrent pour faire place à des ongles sains, qui subirent bientôt la même altération, et ainsi de suite trois fois successivement. Bouchut a vu un petit malade dont les doigts des mains et des pieds étaient atteints de cette même affection. Comme dans la syphilis acquise, la chute de l'ongle est ici un phénomène purement secondaire et toujours subordonné à l'état de la matrice unguéale modifiée par l'accident éruptif.

§ 2. — Lésions du tégument interne, syphilides énanthématiques.

L'effet le plus habituel de la syphilis héréditaire sur le tégument interne est la plaque muqueuse ; viennent ensuite des érythèmes et des ulcères plus ou moins profonds. Rares sur la langue et à la partie interne des joues, les plaques muqueuses sont plus fréquentes au niveau de l'isthme du gosier, sur le voile du palais et sur les amygdales. Dans ces divers points, où elles ne diffèrent pas notablement, ces lésions se retrouvent avec des caractères peu différents de ceux qu'elles présentent chez l'adulte, savoir même teinte opaline, même cercle violacé ou rougeâtre périphérique ; elles sont également susceptibles de s'ulcérer et

(1) Virchow, *Gesammelte Abhandl.*, p. 295.
(2) Rinecker, *Wurzburg Verhandl.*, vol. III, p. 375.
(3) Gerhardt, *Journal de Siebold*, t. X, § 553.

de laisser à leur suite de légères cicatrices. Les érythèmes et les ulcérations se présentent aussi avec des caractères anatomiques semblables à ceux qu'ils revêtent chez l'adulte. La membrane de Schneider est le siége plus spécial de ces manifestations, auxquelles n'échappent pas toujours les muqueuses du larynx et du pharynx.

Coryza syphilitique. — Il n'est pas facile de connaître la lésion élémentaire qui constitue cette affection; mais il y a lieu de croire, en raison de sa fréquente coïncidence avec les premières manifestations de la syphilis héréditaire, qu'elle est causée, soit par un simple érythème, soit par la présence de plaques muqueuses. L'entrée des narines, généralement gercée et radiée par des fissures ou de petites ulcérations qui se manifestent surtout aux angles des ailes du nez, est en grande partie obstruée par des croûtes à travers lesquelles suinte un liquide plus ou moins sanieux. La muqueuse, rouge ou blanchâtre, boursouflée, est plus tard ulcérée, et les cartilages eux-mêmes peuvent s'éroder. Les os perdent leur soutien, le nez s'aplatit et s'écrase; la partie supérieure, déjà peu saillante chez les jeunes enfants, s'étale encore, ce qui donne au visage un aspect étrange (1). Heureusement, ces graves accidents sont relativement rares dans la syphilis congénitale.

La pharyngite et la laryngite ont été peu étudiées; néanmoins c'est à une laryngite qu'il convient de rattacher la raucité du cri et de la toux qu'on observe quelquefois chez le nouveau-né. Mayr (2) a, du reste, constaté la rougeur de la membrane muqueuse du larynx dans les autopsies qu'il a pu faire. Le docteur H. Roger tient pour douteux le fait d'un enfant dont le larynx présenta après la mort une ulcération de la membrane muqueuse avec carie d'un cartilage.

§ 3. — Lésions des muscles et des os.

Si l'on n'avait égard qu'aux faits, on serait forcé d'avouer que les lésions musculaires font défaut dans la syphilis héréditaire, puisqu'il n'y a, à notre connaissance du moins, aucune observation qui en fasse mention; cependant, comme on ne se préoccupe généralement pas, dans les autopsies, de l'état du système musculaire, il y a lieu de penser que ce système n'est peut-être pas toujours exempt d'altération.

Les lésions périostiques et osseuses, observées dès le siècle dernier par Doublet, Mahon, Rosen, Underwood (3), etc., dans la première moitié de celui-ci par Valleix (4), Cruveilhier, Laborie, Cullerier, et plusieurs autres auteurs,

(1) Voy. Trousseau, *Clinic. méd. de l'Hôtel-Dieu*, t. II.
(2) Mayr, *Ann. des malad. de la peau et de la syph.*, t. IV, p. 288.
(3) Underwood, *Traité des maladies des enfants*, trad. de l'anglais. Paris, 1786.
(4) Valleix, dans *Bull. de la Société anatom.*, t. IX, p. 169. — Cruveilhier, *Anat. pathol.* livr. xv. — Laborie, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1er juillet 1851. — Cullerier, *Bull. de la Société de chirurg.* — Desmarres, *Traité prat. des malad. des yeux*, 2e édit., t. I, p. 626. — Baerensprung, *Die hered. Syphilis*. Berlin, 1864. — Ranvier, *Gaz. méd. de Paris*, p. 596, 1864, et *Bull. de la Soc. de biologie*. — Bargioni, *La Sperimentale*, juillet 1864.—A. Fournier, *Union méd.*, n° 34, 540, mars 1865.

ont été l'objet de recherches récentes (1), qui ont servi à les faire mieux connaître et à montrer leur grande fréquence.

Ces lésions sont diffuses ou circonscrites. Diffuses (2), elles portent principalement sur les os longs, et se localisent de préférence au point d'union de la diaphyse et de l'épiphyse, ce qui leur a valu la dénomination d'ostéochondrite. Le périoste s'injecte et se tuméfie, il entraîne avec lui, lorsqu'on l'arrache, quelques lambeaux osseux qui appartiennent à une couche de nouvelle formation, friable, contenue ou disposée par îlots, et qui, très-mince au niveau de la diaphyse, atteint souvent plus de deux millimètres près de l'épiphyse. L'os, coupé longitudinalement, présente, à ses extrémités, des altérations qui portent à la fois sur la diaphyse et l'épiphyse. La couche chondroïde est de deux à trois fois plus épaisse qu'à l'état normal; transparente et molle, elle offre une consistance qui rappelle celle du cristallin ou du corps vitré; aussi forme-t-elle parfois une sorte de bourrelet. Ces changements sont dus à la multiplication exagérée et à l'hypertrophie des cellules cartilagineuses coïncidant avec le ramollissement et la disparition de la substance fondamentale. La couche chondro-calcaire, également épaissie, friable, grise, blanchâtre, d'un aspect crayeux, laisse voir une ligne de démarcation onduleuse ou dentelée résultant d'une surabondance de sels minéraux et de la présence d'une certaine quantité de graisse. Le tissu spongieux voisin offre dans une étendue d'environ deux centimètres des taches rosées grisâtres, blanchâtres ou jaune chamois, formées par des éléments plus ou moins altérés de la moelle osseuse. L'épiphyse, à ce degré d'altération, adhère déjà moins fortement à la diaphyse. Les lésions plus avancées consistent dans un ramollissement gélatiniforme du tissu spongieux, ou dans la formation d'espaces irréguliers, anfractueux, contenant une matière puriforme formée des éléments altérés de la moelle et des débris osseux; elles déterminent un décollement épiphysaire plus ou moins complet. Les deux parties de l'os, unies seulement par leur enveloppe fibreuse, jouent alors l'une sur l'autre; en même temps, les articulations, le tissu cellulaire et les muscles s'enflamment, suppurent et déterminent un gonflement périarticulaire caractéristique.

Dans ces conditions, l'état des membres est comparable à celui que détermine une fracture ou bien encore le rhumatisme articulaire aigu. Les membres thoraciques sont habituellement appliqués le long du tronc et en pronation; les pelviens sont allongés, et, quand on soulève l'enfant, ils pendent et oscillent à toutes les secousses (Parrot). Le nombre des parties atteintes est variable. il n'est pas rare d'observer une inertie des quatre membres. Certaines attitudes anomales peuvent être dues à la production d'abcès au voisinage des articulations; dans ces conditions surtout les contractions musculaires sont très-douloureuses.

(1) G. Wegner, *Ueber hereditare Knochen syphilis bei jungen Kindern*, Archiv f. patholog. Anat. und Physiol., t. L, p. 305, 1870. — J. Parrot, *Sur une pseudo-paralysie causée par une altération du système osseux chez les nouveau-nés atteints de syph. hérédit.*, Archives de Physiologie, mai, oct. 1872. — Waldeyer et Kobner, *Beiträge zur Kentniss der heredict. Knochen syphilis*, Archiv f. pathol. Anat. und Physiolog., t. LV, p. 307, 379, 1872.

(2) Ces lésions, sur lesquelles ont porté les dernières recherches, ont été signalées dans notre première édition, d'après les observations de Valleix, Ranvier, Bargioni, et d'après un cas qui nous est personnel.

C'est sur des fœtus ou de jeunes enfants ayant au plus trois mois que cette affection a jusqu'ici été observée. Le squelette n'est jamais atteint entièrement, les os longs le sont d'une manière constante, les plus volumineux sont en général les plus altérés, d'abord à leurs extrémités, dans leur épaisseur, et enfin à leur périphérie.

Les lésions circonscrites, beaucoup moins communes que les précédentes, n'ont aucune tendance à la suppuration ; mais, contrairement à ces dernières, elles paraissent affecter de préférence les os larges, ce sont des ostéites ou des périostites gommeuses peu différentes de celles qui se rencontrent chez l'adulte dans la syphilis acquise, et comme celles-ci susceptibles d'amener la nécrose d'une partie plus ou moins étendue de l'os affecté. Relativement fréquentes à la face interne des os du crâne, où les ont observées Charrier (1), Waldeyer et Kohner, et d'autres auteurs, elles forment de petits amas grisâtres ou jaunâtres, qui ne diffèrent pas histologiquement des tumeurs gommeuses ordinaires. La nécrose des os crâniens a été vue et figurée par Baerensprung. Les exostoses et les périostoses s'observent quelquefois même dans un âge déjà avancé. Bouchut signale enfin le durcissement prématuré des os longs. Le tissu de la partie moyenne de ces os serait solide, compacte, impossible à casser ou à diviser par l'instrument tranchant.

§ 4. — Lésions des testicules et des reins.

Les affections consécutives des parties génitales externes diffèrent trop peu, dans la syphilis héréditaire et dans la syphilis acquise, pour que j'aie à en parler. Les testicules sont rarement affectés chez l'enfant. Un cas de syphilis héréditaire avec tuméfaction de l'un de ces organes a été rapporté par North (2) ; la même affection a été vue par Bryant (3) chez un enfant de six mois. Le docteur Obédenare m'a envoyé de Bucharest la photographie d'un jeune enfant atteint héréditairement d'un testicule syphilitique, et chez lequel on voit la tumeur testiculaire faire hernie à travers une ouverture du scrotum (fongus du testicule).

Les lésions des reins ont été peu étudiées jusqu'ici. Mon collègue le docteur Tarnier ayant eu l'obligeance de me donner à examiner les viscères d'un enfant né de parents syphilitiques, je constatai, en même temps que l'altération du foie si bien décrite par Gubler, l'existence d'une lésion rénale caractérisée par l'épaississement de la trame conjonctive et une altération granulo-graisseuse des cellules épithéliales des tubuli (voy. pl. III, fig. 4 et 4'). Les reins, assez fermes, étaient remarquables par une teinte jaunâtre semblable à celle que présente souvent, dans les mêmes conditions, la surface du foie. Bradley (4) a observé chez un enfant de quatre mois, atteint de syphilis héréditaire, la disparition d'une albuminurie avec œdème de la face et des membres supérieurs à la suite d'un traitement mercuriel.

(1) Charrier, *Gaz. des hôpitaux*, 1854, n° 43.
(2) North, *Medical Times and Gaz.*, 1862, t. I, 403.
(3) Bryant, *Medical Times and Gaz.*, déc. 1863, p. 614.
(4) Bradley, *Hydrop. syph. des reins*, British med. Journ., febr. 4, 1871.

§ 5. — Appareil de la digestion.

Canal alimentaire. — La syphilis héréditaire, comme la syphilis acquise, affecte avec une fréquence inégale les diverses parties du tube digestif. Les plaques syphilitiques et l'érythème sont les lésions plus spéciales à la membrane muqueuse de la bouche et du pharynx. Cette membrane est quelquefois le siége de lésions plus profondes.

Forster (1) signale la dégénérescence fibroïde des glandes de Peyer chez un enfant syphilitique qui mourut le sixième jour après sa naissance et qui, entre autres affections, présentait une pneumonie lobulaire et une bronchite purulente. Au niveau des plaques existaient des masses saillantes, à surface lisse, d'une teinte rose grisâtre, jaunâtre au centre, et constituées en grande partie par des noyaux, des cellules et des fibres de tissu conjonctif, substitués aux éléments glandulaires.

Eberth (2), Roth (3), Oser (4) ont observé des faits du même genre. L'altération intestinale qu'ils décrivent sous le nom d'entérite syphilitique appartient toujours à des nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire. Elle est caractérisée par des indurations multiples, circonscrites, de volume variable, le plus souvent arrondies, siégeant au niveau des plaques de Peyer ou des glandes solitaires. La muqueuse qui tapisse ces indurations ou petites tumeurs est tantôt lisse et simplement ardoisée, tantôt plus ou moins profondément ulcérée ou détruite. Dans ce dernier cas, la nouvelle formation se présente sous forme d'une eschare sèche peu étendue, qui, une fois éliminée, laisse à sa suite un ulcère à fond brillant et lardacé. Cette altération, qui peut affecter toutes les couches de la muqueuse intestinale, mais qui se localise plus spécialement à la tunique sous-muqueuse, est constituée à la fois par une infiltration de cellules analogues aux cellules lymphatiques et une formation conjonctive plus ou moins abondante; les villosités correspondantes sont ou hypertrophiées ou détruites.

Péritoine. — Simpson (5) admet l'existence d'une péritonite syphilitique héréditaire, d'après un total de trente et une observations personnelles; mais ces observations sont loin d'être toutes parfaitement concluantes. Les unes laissent en doute la question de l'hérédité, les autres font à peine mention de l'état des organes de l'abdomen et particulièrement du foie. Dans trois cas de syphilis héréditaire, Wilks a trouvé des adhérences entre le foie et le diaphragme, et deux fois une péritonite généralisée. Gubler a noté dans plusieurs cas de syphilis hépatique des traces de périhépatite. Baerensprung (6)

(1) *Würzburg medicinische Zeitschrift*, 1863, t. IV, part. I. 1863.

(2) C. J. Eberth, *Ueber eine eigenth., vielleicht syphilit. Enteritis*, Archiv für path. Anat. und Physiol., t. XL, p. 326, 1867.

(3) Roth, *Enteritis syphilitica*, Archiv f. path. Anat. und Physiol., t. XLIII, p. 298.

(4) Oser, *Fälle von Enteritis syphilitica*, Archiv für Dermatol. und Syphilis, t. III, p. 27, 1871.

(5) Simpson, *Edinburg med. and surg. Journ.*, n° 37, et *Obstetric. Works*, Obs. V, VI, VII, t. II, p. 172.

(6) Baerensprung, *Die hereditäre Syphilis*, Berlin, 1864.

a vu dans maintes circonstances, à la surface du foie, de la rate ou même des intestins, des dépôts pseudo-membraneux mous et peu consistants, ou fermes et résistants et comme ligamenteux. De l'accord de ces divers auteurs on peut conclure que la péritonite, qui est une manifestation de la syphilis acquise, est aussi un accident de la syphilis héréditaire. Les caractères de cette affection le plus souvent localisée à certaines parties du péritoine sont ceux de la péritonite chronique adhésive, c'est-à-dire d'une lésion qui ne se manifeste ni par la suppuration, ni par une marche rapide, ni par des symptômes aigus.

Le pancréas est rarement lésé chez le fœtus ou chez le nouveau-né qui hérite de la syphilis. Virchow (1) a observé dans un cas la dégénérescence graisseuse de cette glande, et d'autres auteurs ont pu noter l'induration de ce même organe. Il n'est aucun fait, à ma connaissance, où il soit question de l'altération des glandes salivaires.

§ 6. — Appareil de l'hémopoïèse.

Foie. — Le foie est l'un des organes les plus exposés aux atteintes de la syphilis héréditaire, et ce fait ne doit pas étonner, lorsqu'on connaît les importantes fonctions de cette glande chez le fœtus, et la facilité avec laquelle elle est susceptible de s'altérer dans la syphilis de l'adulte. Peu ou pas connues des anciens auteurs, les lésions hépatiques liées à la syphilis héréditaire sont de deux ordres, les unes diffuses, les autres circonscrites et très-analogues aux lésions gommeuses.

Gubler a le mérite d'avoir, pour la première fois, bien décrit les lésions diffuses (hépatite diffuse), qui dans l'espèce sont les plus fréquentes. Le foie, plus volumineux qu'à l'état normal, est turgide, globuleux, élastique, dur, difficile à entamer avec les doigts, qui finissent par le déchirer sans laisser aucune impression à sa surface. Inégalement modifié dans toute son étendue ou seulement dans certains points, il présente une coloration jaune particulière, comparable à la pierre à fusil, et dans quelques cas il est parsemé de petits grains blancs opaques ayant l'aspect de grains de semoule; à la coupe, son tissu homogène laisse voir des stries vasculaires et des grains opaques irrégulièrement disséminés, des taches jaunâtres plus ou moins larges et étendues. L'injection démontre que la trame vasculaire est à peu près imperméable. L'examen microscopique révèle la présence de jeunes cellules arrondies, isolées ou en amas, et d'un tissu fibroïde de nouvelle formation, au milieu duquel les cellules de l'enchyme sont dispersées et pour ainsi dire noyées, ou ont complétement disparu. Les parois des vaisseaux sont toujours notablement épaissies, et quelquefois même en dehors des foyers d'altération, comme j'ai pu m'en assurer, il y a peu de jours encore, sur une pièce anatomique que je dois à l'obligeance de M. Taurin, interne du professeur Chauffard. La bile est d'un jaune pâle et très-filante ; le sang, presque toujours altéré, offre la consistance de la gelée de groseille. La coloration variable du foie, le plus souvent jaunâtre ou grisâtre, sa consistance ferme, élastique, parfois douce au toucher, sa surface

(1) *Syphilis constitutionnelle*, traduct. franç. de Picard. Paris, 1859.

lisse, et ce fait que son altération partielle, plutôt que généralisée, forme des foyers plus ou moins étendus envahissant les lobules tout entiers, tels sont les caractères qui distinguent l'hépatite syphilitique.

Des manifestations dont l'origine syphilitique n'est pas contestable coexistent ordinairement avec ces lésions, qui ont été vues par Trousseau, Horteloup, Cullerier, Depaul, Lenoir, Lebert, Desruelles, Cazenave et la plupart des médecins français et étrangers (1); en sorte qu'on ne peut douter du lien qui les unit à la syphilis. Les petits grains ou nodules blanchâtres disséminés dans le foie, et qui ont reçu de Wagner le nom de syphilome miliaire, diffèrent de la tumeur gommeuse proprement dite par ce seul fait qu'ils ne laissent pas, comme cette dernière, des cicatrices appréciables à leur suite; mais il faut dire que cette différence n'est peut-être que l'effet d'une plus grande acuïté dans la marche de l'affection hépatique et dans sa terminaison presque nécessairement fatale. Une fois, cependant, Cullerier (2) trouva chez un enfant guéri par le proto-iodure de mercure la surface du foie couverte d'une plaque fibreuse, sorte de cicatrice qui lui parut avoir succédé à une infiltration plastique.

L'hépatite syphilitique gommeuse du fœtus et de l'enfant nouveau-né a été vue par Testelin (3), Thiry (4), Wedl (5), Zeissl (6), Schott (7), etc. Dans un cas rapporté par Testelin, le foie d'un enfant de sept mois, élastique, jaune brunâtre, lourd, volumineux, contenait des tumeurs du volume d'une noix à celui d'une noisette. Un nouveau-né atteint de pemphigus, et observé par Wedl, présentait à la face convexe du foie un noyau ovalaire, du volume d'un haricot, d'une nuance jaune éclatante à son centre, plus résistant que le tissu hépatique ambiant; la mère de cet enfant était affectée de syphilis secondaire. Chez un enfant né dans de semblables conditions et qui succomba quelques jours après sa naissance, j'ai trouvé une tumeur ferme, élastique, résistante, de coloration blanchâtre à la coupe, située vers la partie moyenne du foie.

Les lésions en question ne se révèlent, d'ordinaire, que tardivement, c'est-à-dire lorsqu'elles sont arrivées à une période avancée de leur évolution. Comme l'a vu Portal, les petits enfants gémissent, agitent incessamment les jambes en signe de souffrance; ils sont pris de vomissements, ils ont de la diarrhée, sinon de la constipation. Le ventre, météorisé, est sensible à la pression; le pouls, accéléré, faiblit peu à peu, l'expression de la face s'altère de plus en plus, la peau prend une teinte jaunâtre ou terreuse, l'amaigrissement est rapide et progressif : c'est une détérioration générale, un véritable marasme. Alors le palper et la percussion dénotent un volume et même une dureté plus considérables du foie. L'ictère est assez peu fréquent pour que

(1) Comparez : Hecker, *Verhandl. der Gesellschaft f. Geburtsh.* Berlin, 1857, VIII, p. 131. — Bamberger, *Virchow's Handb. der Path.*, t. II, p, 561. — Thiry, *Gaz. hebdom.*, p. 141, 1859. — Howitz, *Hospit. Tidende*, 1862, nos 32-35. — Testelin, Forster, E. Wagner, *loc. cit.* — Lancereaux et Lackerbauer, *Atlas d'anat. pathol.*, p. 56 et pl. 7, fig. 5.

(2) Cité par Diday, *loc. cit.*, p. 154.

(3) *Journ. méd. de Bruxelles*, octobre 1858.

(4) *Presse méd. belge*, 1858, n° 22.

(5) *Grundzüge der pothologischen Histologie*, p. 299, Wien, 1853.

(6) *Lehrbuch der const. Syphilis.* Erlangen, 1864.

(7) *Jahrbuch. der Kinderheilkunde*, 1871, IV.

Gubler ne l'ait observé dans aucun cas ; l'ascite et l'œdème des extrémités inférieures ont été observés seulement quelquefois, en sorte que c'est plutôt dans l'état général que dans l'état local qu'il faut ici chercher les signes diagnostiques. La marche de ces lésions est lente et chronique; la cachexie survenant, la mort ne se fait pas longtemps attendre.

Le diagnostic de cette affection repose sur la concordance des symptômes locaux et des symptômes généraux, et sur la connaissance des antécédents morbides des parents du petit malade. Le pronostic est d'autant plus sérieux que la lésion hépatique est plus étendue. Ajoutons que l'oblitération des canaux biliaires, observée dans des cas d'ictère grave des nouveau-nés, pourrait bien aussi reconnaître une cause syphilitique ; ce qui porterait à le penser, ce sont les altérations du foie et d'autres organes rencontrées en même temps que cette altération (1).

Rate et glandes lymphatiques. — Les altérations de la rate sont extrêmement communes dans la syphilis héréditaire. Tous les faits que nous avons observés nous ont présenté une augmentation du volume de cet organe, qui, suivant S. Gee (2), existerait seulement dans le quart des cas. La rate tout entière participe généralement à cette altération (3) ; elle est ferme, lisse, parfois adhérente aux organes voisins, et souvent elle ne présente d'autre modification qu'une multiplication de ses éléments. Cette altération, qui coexiste en général avec les affections syphilitiques du foie, est souvent accompagnée de lésions des ganglions lymphatiques. La rate diminue peu à peu de volume, si l'enfant vient à guérir de sa syphilis.

Les glandes lymphatiques, que n'épargne pas la syphilis acquise, subissent aussi les atteintes de la syphilis héréditaire. Hutchinson (4) a vu sur un enfant de cinq mois la plupart des ganglions bronchiques infiltrés de cette forme de dépôts fibrineux que l'on trouve si souvent en connexion avec la syphilis acquise. Cet enfant, né de parents syphilitiques, était porteur d'une éruption cutanée; il avait joui d'une bonne santé pendant les deux premiers mois de son existence. L'augmentation de volume et l'altération de ces mêmes glandes se trouvent notées dans plusieurs des faits rapportés par Baerensprung. Cette modification ne diffère pas de celle des autres organes, elle est constituée le plus souvent par une infiltration diffuse d'éléments nouveaux, quelquefois aussi par de petites tumeurs circonscrites. Les ganglions de l'épiploon gastro-hépatique et du mésentère en sont le siège le plus habituel. Rivington (5) rattache à la syphilis héréditaire une hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques viscéraux chez une jeune fille de

(1) Consultez : C. Binz, *Zur Kenntniss des tödtlichen Icterus d. Neugeb. aus Oblit. d. Gallengange*, Archiv f. pathol. Anat. und Physiol., t. XXXV, p. 360. — Roth, *Ibid.*, t. XLIII, p. 296.

(2) *Gaz. des hôpitaux*, 1867, p. 177.

(3) Dans un cas cité de Gregorié (voir p. 289), il est question de tumeurs gommeuses à différents stades de développement ; mais on se demande s'il ne s'agit pas simplement d'infarctus vasculaires.

(4) Hutchinson, *Med. Times and Gaz.*, 17 juillet 1858.

(5) Rivington, *Med. Times and Gaz.*, 19 oct. 1872.

se'ze ans, qui présentait un arrêt de développement tel qu'elle paraissait avoir au plus six ans.

Capsules surrénales. — Les capsules surrénales se font remarquer, dans un grand nombre de faits de syphilis héréditaire, par un accroissement de volume très-manifeste. Virchow, qui a constaté cette augmentation de volume, note dans un cas une dégénérescence graisseuse complète de ces glandes. Baerensprung a trouvé, chez des enfants atteints de syphilis congénitale, la substance corticale des capsules surrénales envahie par des amas de noyaux et de jeunes cellules de tissu conjonctif, modification très-analogue à l'altération diffuse du foie. Huber (1) a vu, chez un enfant atteint de syphilis congénitale, les capsules surrénales volumineuses, grisâtres, semées de petits foyers jaunâtres constitués par des détritus graisseux. Hennig (2) a trouvé, dans un cas, la capsule surrénale gauche augmentée de volume, adhérente au diaphragme et renfermant un contenu gélatineux.

Thymus. — Le thymus, en raison même de son activité fonctionnelle pendant la vie intra-utérine, se trouve prédisposé à subir l'influence de la syphilis héréditaire. C'est en 1850 que le professeur P. Dubois (3), s'attachant à rechercher la cause de la mort des nouveau-nés syphilitiques, observa chez un certain nombre une altération du thymus qui se présentait sous une forme presque toujours identique, et qui était caractérisée par la présence de pus disséminé ou réuni en foyers au sein de l'organe. Depuis cette époque, plusieurs observations sont venues s'ajouter à celles du célèbre accoucheur français. Depaul rencontra une fois dans chacun des lobes du thymus une cavité remplie par une matière grumeleuse, jaunâtre et épaisse. Weber (4) rapporte un cas d'abcès de cette même glande. C. Hecker (5), Desruelles, Braun, Spath et Wedl (6), ont constaté de semblables altérations. Mais faut-il admettre qu'il s'agissait de foyers purulents dans tous ces faits, et ne vaut-il pas mieux penser à l'existence de productions gommeuses ramollies, métamorphosées et confondues avec des abcès ? C'est ce que nous ne pouvons décider sûrement, bien que nous inclinions pour la dernière hypothèse, à cause de la rareté des formations purulentes dans la syphilis constitutionnelle. Un cas de Lehmann (7), dans lequel le thymus, le foie, la dure-mère étaient le siége de tumeurs formées de tissu conjonctif ayant subi la métamorphose graisseuse, serait jusqu'à un certain point favorable à cette idée, que les lésions syphilitiques du thymus ne suppurent pas plus que celles des autres viscères. La description que l'on trouve dans le cas rapporté par Desruelles semble d'ailleurs se rattacher à une tumeur gommeuse bien plutôt qu'à un abcès.

Au demeurant, les manifestations syphilitiques du thymus se montrent sous

(1) Huber, *Archiv f. klin. Medicin.*, v, p. 270. — Consultez Hecker, *Ueber Syphilis congen. innerer Organ.*, Monatschr. für. Geburtsh xxxiii, p. 22, 1869.

(2) Hennig, dans *Jahrb. für Kinderheilk.*, 5 déc. 1872, p. 109-113.

(3) *Gaz. méd. de Paris*, 1850, p. 393. — Voyez même journal, 1851.

(4) *Beiträge zur patholog. Anat. der Neugebornen*, Kiel, 1852, vol. II, p. 75.

(5) *Verhandl. der Berliner Gesellsch. f. Geburtsch.*, vol. VIII, p. 117 à 122.

(6) Wedl a trouvé une fois au centre de l'un des lobes du thymus une cavité remplie d'un pus mélangé de sérosité,

(7) *Würzburg med Zeitschrift*, t. X, p. 29.

forme de foyers ou de tumeurs circonscrites; les lésions diffuses qu'on a cru y voir peuvent être mises en doute, beaucoup d'observateurs du moins ne les ont pas rencontrées. Il y a donc lieu de les chercher à l'avenir et de préciser leurs caractères, si tant est qu'elles existent. L'augmentation de volume est le principal symptôme du thymus syphilitique.

Sang. — Avec les nombreuses lésions glandulaires en question, on conçoit que le liquide sanguin puisse être altéré; c'est en effet ce que démontrent l'état du sang qui a l'aspect et la consistance de la gelée de groseille, et les nombreuses ecchymoses rencontrées après la mort dans les cavités naturelles ou même dans l'épaisseur de certains parenchymes. Hutchinson a trouvé dans un cas le péricarde rempli de sang coagulé. Plusieurs des observations rapportées par Baerensprung font mention d'épanchements sanguins dans la cavité du péricarde et même dans les cavités des plèvres ou des méninges.

Avant de connaître ces faits, j'avais moi-même observé plusieurs cas de syphilis héréditaire avec lésions viscérales et épanchements sanguins multiples. En voici un exemple : La fille X..., âgée de vingt-cinq ans, accouche à l'hôpital de la Pitié (janvier 1860) d'un enfant à terme et qui succombe cinq à six heures plus tard. A l'autopsie, je constate sous le péricrâne la présence de nombreuses taches ecchymotiques; ces mêmes taches se retrouvent en moindre abondance dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres et à la surface des poumons et du péricarde dont la cavité est en partie remplie par un liquide sanguinolent. Le foie, volumineux, ferme et résistant sous le doigt, présente une teinte jaunâtre cuir de botte. La rate est dure, ferme et volumineuse; les reins paraissent normaux. La mère de cet enfant m'apprend que le père est atteint d'une maladie syphilitique; pour son compte, elle ne s'est jamais aperçue de rien.

§ 7. — Appareil de la circulation.

Le cœur subit les atteintes de la syphilis héréditaire comme celles de la syphilis acquise. Rosen (1) a observé un cas de gomme congénitale du cœur gauche. D'un autre côté, Forster (2) parle d'une endocardite syphilitique chez un enfant de six semaines; mais il faut ajouter que l'existence de la syphilis chez cet enfant est fort douteuse. Un cas de myocardite fibreuse chez un enfant mort-né syphilitique est rapporté par Wagner (3). Dans un fait observé par Kantzow (4), il existe, à côté d'une myocardite interstitielle, une hyperplasie musculaire (myome) que Virchow attribue à une irritation de voisinage, à peu près comme l'hyperostose qui accompagne une gomme du périoste.

On ne connaît aucun cas d'artérite syphilitique héréditaire; mais Shüppel (5) a signalé l'existence d'une péripyléphlébite chez des enfants syphi-

(1) Von Rosen, dans *Behrend's Syphilidologie*, t. III, p. 249, 1860.
(2) Forster, *Würzburg. med. Zeitschr.*, t. IV, p. 7, 1863.
(3) Wagner, *Das syphilom*, etc. Archiv der Heilkunde, t. VII, p. 527.
(4) Kantzow, *Archiv der path. Anat. und Physiol.*, t. XXXV, p. 211, 1866.
(5) Shüppel, *Ueber Peripylephlebitis syphilitica bei Neugeborenen*, Archiv der Heilkunde, t. XI, p. 74, 1870.

litiques dont le foie était malade, et même chez d'autres où le parenchyme de cet organe avait paru sain. La thrombose veineuse chez des enfants infectés par hérédité est plutôt l'effet de la cachexie que d'une modification qui porterait primitivement sur les parois des veines; ces parois, teintes le plus souvent par la matière colorante, doivent ce phénomène à la fluidité du liquide sanguin dont les globules blancs sont fréquemment augmentés en nombre.

§ 8. — Appareil de la respiration.

Les organes respiratoires sont fréquemment atteints chez les jeunes enfants qui succombent à la syphilis héréditaire. L'enrouement est un symptôme commun de cette maladie, il est ordinairement lié à une laryngite plus ou moins profonde et étendue. On trouve effectivement, à côté de l'inflammation superficielle de la muqueuse laryngée, des ulcérations profondes de la face interne du larynx et quelquefois des périchondrites primitives ou secondaires, toutes lésions susceptibles de produire un rétrécissement peu compatible avec l'existence. Ainsi Frankl (1) a vu chez un enfant de quelques semaines un ulcère profond de la muqueuse avec périchondrite du cartilage cricoïde et rétrécissement du larynx. D'un autre côté, Gerhardt (2) a pu obtenir à l'aide de l'iodure de potassium la guérison d'un rétrécissement probable de la bronche gauche chez une fille syphilitique âgée de six ans, dont le larynx était malade.

Les altérations que l'on constate dans les poumons sont de deux ordres : diffuses et sous forme de pneumonie lobulaire, circonscrites et sous forme de nodosités semblables aux tumeurs gommeuses de l'adulte. Devergie a décrit l'un des premiers les lésions diffuses, sans connaître toutefois leur liaison avec la syphilis.

Deux enfants bien constitués et à terme, rapporte cet auteur, périrent immédiatement après l'accouchement, qui n'avait pas été laborieux. Les poumons étaient très-volumineux, compactes, charnus, plus denses qu'à l'état normal, très-lourds, décolorés et blafards; ils se précipitaient au fond de l'eau même lorsqu'ils étaient coupés par fragments. Leur tissu était infiltré d'un liquide séreux incolore, qu'on ne faisait sortir qu'avec peine du tissu cellulaire qui le renfermait. L'air n'y pénétrait pas lorsqu'on les insufflait. Cette altération ne constituait ni le squirrhe, ni l'induration blanche qui précède la suppuration des tubercules; c'était une sorte de *durcissement lardaciforme, tenant le milieu entre l'état squirrheux lardacé et la mollesse* ordinaire du tissu des poumons des enfants nouveau-nés. Ch. Robin et Lorain (3) ont étudié avec soin cet état particulier du poumon qu'ils appellent du nom d'épithélioma. C. Hecker (4), Virchow (5), F. Weber (6), ont rapporté des faits rela-

(1) J. Frankl, *Syphilit. Geschwüre und Verengerung der Larynx*, Wien. med. Wochenschr. XVIII, 69, 70, 1868.
(2) C. Gerhardt, *Archiv für klinik. Med.*, II, 547, 1867.
(3) *Gaz. médicale*, 1855, p. 186, et *Bull. de la Société de biologie.*
(4) *Verhandl. der Berliner Gesellsch. für Geburtsh.*, vol. VIII, p. 126.
(5) *Gesamm. Abhandl.*, p. 595.
(6) *Beiträge zur pathol. Anat. der Neugeboren.*, II, p. 47.

tifs à cette même altération, que Howitz (1) désigne par la dénomination d'infiltration syphilitique du poumon. Ranvier (2) a donné une description histologique exacte des altérations constatées chez un enfant nouveau-né syphilitique dont les poumons avaient subi la même modification.

Les poumons ainsi affectés remplissent presque toute la cavité de la poitrine, et souvent ils conservent l'empreinte des côtes; leur surface, lisse, marbrée, offre un aspect peu différent de celui des poumons pleins d'air, si ce n'est qu'elle est plus pâle. Ces organes sont fermes, lourds, plus denses que l'eau; ils crépitent dans quelques parties seulement et ne se laissent plus partout insuffler comme les poumons sains du fœtus. L'air qui pénètre sur quelques points étant arrêté ailleurs, il en résulte un emphysème partiel par suite de la rupture de quelques-unes des vésicules pulmonaires. Les portions de parenchyme altérées résistent et se coupent nettement; la surface de section en est unie, lisse, brillante, d'un blanc à peine rose (couleur de chair), quelquefois marbrée de taches blanches, sur un fond rougeâtre. On y voit des masses compactes, séparées par les cloisons interlobulaires épaissies, et ayant la consistance du tissu hépatique: c'est une sorte d'hépatisation blanche très-ferme. Les fines ramifications des bronches et les vaisseaux sanguins sont généralement rétrécis par suite de compression; les bronches sont quelquefois remplies d'un mucus purulent et d'une petite quantité d'air. A l'examen microscopique on trouve les alvéoles complétement effacées ou seulement rétrécies, irrégulièrement carrées ou hexagonales, ou bien cloisonnées et allongées en forme de fuseaux; le tissu conjonctif interalvéolaire est épaissi, dans la plupart des cas, par des noyaux et des cellules de nouvelle formation plus ou moins atrophiés ou en voie de métamorphose graisseuse.

Cette infiltration pulmonaire, ou induration syphilitique des poumons, diffère de l'hépatisation grise par la dureté plus grande du parenchyme lésé, sa résistance à la pression, sa coloration blanchâtre ou rosée, et par la nature des manifestations concomitantes. Les ganglions bronchiques sont augmentés de volume, ils offrent une teinte rougeâtre ou d'un gris jaunâtre.

Les lésions pulmonaires circonscrites sont signalées par Portal dans un fait qui, malgré l'apparition un peu tardive de la lésion pulmonaire, paraît néanmoins à l'abri de toute contestation (3). « Dans le corps d'un enfant né de parents infectés de virus vénérien et mort à l'âge de trois ans, on découvrit extérieurement de véritables pustules vénériennes; les glandes du cou étaient gonflées; celles du mésentère, des aines et des aisselles étaient obstruées et pleines d'une humeur blanchâtre, de la consistance de la bouillie. Le poumon droit était presque entièrement détruit par la suppuration, il y avait quelques abcès dans le lobe supérieur du poumon gauche, et le reste de la substance des deux lobes inférieurs était dur comme du cuir racorni; l'artère pulmonaire et les cavités du cœur droit étaient très-dilatées, et la substance musculaire des ventricules était singulièrement ramollie. »

(1) *Hospital Tidende*, 1862, nos 10 et 11, et *Behrend's Syphilidolog.*, 1862, vol. III, p. 601.

(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1864. *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*, 3e série, t. IV, 1863, p. 51.

(3) *Observ. sur la phthisie pulmonaire*, t. I, p. 530, 1809.

Ce fait avait passé inaperçu, et en réalité les lésions dont il s'agit ne sont véritablement connues que depuis les recherches du professeur Depaul (1). Cet auteur indiqua, dès 1837, le lien de causalité qui les unit à la syphilis, et, plus tard, il consigna dans un mémoire académique deux faits où elles sont parfaitement décrites. Dans l'un de ces faits, une bosselure du volume d'une petite noix, saillante, d'une teinte jaunâtre, ramollie à son centre, est la seule production observée. Dans l'autre, les lobes supérieurs des poumons contiennent une masse irrégulière, arrondie, et du volume d'une grosse noix. D'autres masses plus petites sont disséminées dans les autres lobes, il y en a six à droite et cinq à gauche, la moins volumineuse égale une noisette ; ces différents noyaux, incisés, sont formés par un tissu compacte d'un jaune grisâtre, et au centre de chacun d'eux on rencontre une cavité d'où s'écoule un liquide jaunâtre, séro-purulent, variable en qualité, selon le volume de l'induration. Cette même lésion pulmonaire a été retrouvée par Ch. Desruelles chez un fœtus atteint de pemphigus et de l'altération du foie que nous connaissons. C. Hecker (2) et Virchow (3) l'ont également observée; Lebert (4) enfin a fait dessiner une tumeur gommeuse trouvée dans le poumon d'un enfant affecté de syphilis congénitale (4) ; j'ai observé un cas semblable avec mon ami M. Landeta :

Un nouveau-né, d'apparence assez chétive et atteint d'un pemphigus ayant pour siége principal la paume des mains et la plante des pieds, succomba quelques jours après sa naissance, en 1863, dans le service de M. Vigla à l'Hôtel-Dieu. La mère, qui niait toute espèce d'antécédent spécifique, ne voulut donner aucun renseignement sur la santé du père. Le cerveau, le foie et les reins parurent intacts ; seulement, dans l'un des poumons, il existait vers la partie moyenne une tumeur arrondie du volume d'une petite noisette, d'une coloration blanche jaunâtre, d'une consistance assez ferme à la circonférence, mais plus molle au centre. Cette tumeur était entourée d'une zone de tissu fibreux, et dans le voisinage le parenchyme pulmonaire était tout à fait sain. Vers la base et dans l'épaisseur du lobe inférieur se rencontrait une autre tumeur ayant la forme d'un haricot, et dont le hile se trouvait comblé par un tissu grisâtre et vasculaire; la surface de ce lobe présentait encore une tumeur pisiforme, plus petite, mais aussi plus ferme que les précédentes. (Voy. pl. II, fig. 5.) La structure de ces tumeurs n'était pas tout à fait identique; des fibres fines de tissu conjonctif, entre lesquelles étaient interposées de nombreuses granulations élémentaires, entraient pour une grande part dans leur composition. Ces éléments étaient abondants dans les parties périphériques; mais à mesure qu'on avançait vers le centre, il n'existait plus que des globules ronds ou elliptiques et très-granuleux ; puis, dans la partie centrale, on ne trouvait que des granulations moléculaires graisseuses (5). Martineau, d'un autre côté, a rapporté un cas de lésion pulmonaire chez un enfant qui suc-

(1) *Bull. de la Société anat.* novembre 1837, et *Mémoire sur une manifestation de la syphilis congénitale* (*Mém. de l'Acad. impér. de médecine*, Paris, 1853, t. XVII).
(2) *Verhandl. der Berlin. Gesells. für Geburtsh.*, t. VIII, p. 126.
(3) *Gesamm. Abhandl.*, p. 595.
(4) *Anat. pathol.*, Paris, 1857, pl. CLII, fig. 3 et 4.
(5) Voyez *Gazette hebd.*, 1864, p. 649.

comba au bout de trois jours et sur lequel Cornil a donné des détails micrographiques très-complets. Ici toutefois l'origine syphilitique de l'altération des poumons pourrait paraître douteuse, puisque l'enfant ne portait aucune trace de pemphigus, et que la mère ne contracta la vérole que vers le quatrième mois de sa grossesse (1).

Dans tous ces faits, l'altération se montre sous forme de tumeurs plus ou moins nombreuses, du volume d'un pois, d'une noisette ou d'une noix, et ces tumeurs, parfaitement circonscrites, fermes ou ramollies à leur centre, de couleur jaunâtre, ne diffèrent pas des lésions gommeuses de la syphilis acquise. On y retrouve à divers degrés de développement ou d'altération les éléments de tissu conjonctif propres à l'infiltration diffuse, moins les cellules épithéliales. La zone de tissu fibreux qui les enveloppe parfois, leur nombre relativement peu considérable, et aussi leurs caractères microscopiques, sont autant de circonstances qui permettent de les distinguer du tubercule vrai du poumon, lésion très-rare à cet âge de la vie.

Des troubles fonctionnels particuliers, peu différents de ceux qui se rencontrent chez l'adulte, mais plus difficiles à observer, tant à cause de l'état de faiblesse que de la rapidité de la mort des enfants affectés, sont la conséquence de ces altérations. Matité et absence du murmure vésiculaire, tels sont les signes que fournit l'exploration physique, lorsqu'elle est possible. Les enfants naissent le plus souvent avant terme, ils sont malingres, jaunâtres, cachectiques, peu développés, et la plupart sont atteints d'un pemphigus qui a pour siége spécial la paume de la main et la plante des pieds. Avec ces affections coexistent parfois des lésions viscérales et en particulier des altérations de la glande hépatique; aussi la vie se trouve gravement compromise et la mort ne tarde pas, elle a généralement lieu dans le premier mois qui suit la naissance.

Un diagnostic précis est difficile; mais en présence d'un pemphigus des extrémités et d'un état cachectique avec dyspnée, il y a lieu de soupçonner l'existence d'une affection syphilitique héréditaire du côté de l'appareil de la respiration.

§ 9. — Appareil de l'innervation.

Les altérations de la syphilis héréditaire ne sont pas rares dans les centres nerveux ; leur fréquence apparaît au fur et à mesure qu'on les étudie avec plus de soin. Robin a constaté l'existence d'une sclérose cérébrale chez un enfant qui succomba dans le service de Legroux (2), et que l'on pouvait regarder comme entaché de syphilis héréditaire. Semblable altération a été vue par Potain dans la moelle épinière de deux fœtus dont voici l'observation.

Vers le mois de février, il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Antoine, une femme enceinte de cinq mois, qui se plaignait de gastralgie et de douleurs de tête violentes, et qui avait tous les signes d'une profonde chloroanémie.

(1) *Bull. de la Soc. anatom.*, 1862, p. 486. Comparez : Forster, *loc. cit.* — Kobner, *Klinische und experimentelle Mittheilung*, etc., p. 117, Erlangen, 1864. — Baerensprung, *hered. die Syphilis*, p. 103, 108, planche VII.

(2) *Union méd.*, 19 juin 1858.

Comme la céphalalgie persistait à se faire sentir, surtout la nuit, M. le docteur Potain songea, malgré les dénégations de la malade, à l'existence d'une syphilis. Effectivement il trouvait des ganglions cervicaux tuméfiés et non douloureux, des pléiades ganglionnaires inguinales, et plusieurs papules muqueuses à la marge de l'anus. Un traitement mercuriel modéré (proto-iodure de mercure) fut alors commencé, et les douleurs de tête diminuèrent. Un mois après son entrée à l'hôpital, la malade accouchait sans accident de deux jumelles, non à terme, qui vécurent trois jours et chez lesquelles on ne put constater pendant la vie aucune marque de syphilis, ni aucun symptôme morbide. Chez l'une d'elles il y avait une débilité extrême.

L'autopsie montra chez les deux fœtus l'altération spéciale du foie décrite par Gubler, mais dans une très-petite étendue, la largeur à peu près d'un gros pois, pour l'un au bord inférieur, pour l'autre sur le bord antérieur et à la face supérieure près du ligament falciforme. En ces points on remarquait une coloration jaunâtre demi-transparente, un peu opaline, de la dureté, une absence de vascularisation, tous les caractères, en un mot, de l'altération décrite comme syphilitique. Rien de notable dans les autres viscères thoraciques ou abdominaux.

Les cerveaux ne parurent pas altérés, ils offraient la consistance molle habituelle à cet âge. La moelle de l'un des deux fœtus paraissait aussi être à l'état normal, on reconnaissait très-bien sur sa coupe les sillons et les cornes grises. Le microscope y montra des tubes nerveux très-nets.

La moelle de l'autre fœtus, au contraire, était dans toute sa longueur diminuée de volume, dure, sans trace de division entre les substances et tout à fait semblable à un tendon fibreux, sauf la coloration qui était d'un gris rougeâtre. Au microscope, M. Potain ne put découvrir ni cellule nerveuse ni presque aucun tube nerveux distinct. Toute la moelle semblait formée par du tissu lamineux condensé, feutré et entremêlé d'une substance granuleuse abondante. L'examen des deux moelles fut fait simultanément, et la différence considérable de structure qui existait entre elles deux ne put laisser aucun doute. Quant aux méninges rachidiennes, il n'a pas semblé qu'elles fussent altérées.

On voit par ces faits que la syphilis héréditaire est susceptible de produire des modifications des centres nerveux très-analogues aux lésions encéphaliques diffuses que l'on observe parfois chez l'adulte.

L'altération circonscrite ou gommeuse de ces centres se rencontre aussi. Les méninges et le cerveau peuvent en être atteints. Effectivement Howitz (1) a rencontré chez deux enfants nés de mères syphilitiques une couche d'exsudation jaunâtre, caséeuse, sur le trajet des vaisseaux arachnoïdiens, au niveau des faces supérieure et inférieure des hémisphères. Cruveilhier (2), chez un enfant à terme ayant des pustules cutanées et une pneumonie lobulaire, a trouvé à l'angle de réunion des voûtes orbitaires avec la portion verticale du frontal, la dure-mère, infiltrée d'un pus bien lié qui en écartait les mailles. Les os, dénudés, étaient érodés dans une partie de leur épaisseur, et le périoste correspondant était épaissi. Virchow a vu

(1) Voy. Howitz, *Behrend's Syphilidologie*, 1862, vol. III, p. 604.
(2) *Anatom. patholog. du corps humain*, liv. xv, p. 6.

des nouveau-nés syphilitiques présenter dans la substance cérébrale de petits foyers blanchâtres ou jaunâtres, constitués par des amas de granules graisseux (1). Chez un enfant de deux ans, atteint de paralysie syphilitique de l'oculo-moteur, de Græfe trouva plusieurs foyers de ramollissement cérébral (2), et, dans le cas d'un enfant affecté d'un abcès du bras qui n'était probablement qu'une tumeur gommeuse suppurée, Hutchinson et Jackson (3) furent conduits à penser qu'il existait un dépôt syphilitique comprimant la moelle et affectant les racines des nerfs.

L'hydrocéphale est un autre genre d'altération qui, suivant quelques observateurs, se rattacherait parfois à la syphilis héréditaire. Haase (4) rapporte l'observation d'une femme qui fut atteinte de chancre dans le cours de la première moitié de sa grossesse; le mari avait eu des chancres et une angine syphilitique. Cette femme eut trois accouchements d'enfants morts au huitième mois. A la quatrième grossesse, elle mit au monde un enfant hydrocéphale, paralysé du côté gauche, qui présentait des taches pourprées disséminées sur la peau. Cet enfant mourut au bout de six mois. La cinquième grossesse amena un enfant à terme, dont la peau était livide et d'un rouge foncé; à la sixième grossesse, vint un garçon qui fut affecté, dans sa deuxième année, de scrofulose et de croûtes serpigineuses. De Mérie (5) est également disposé à accepter l'influence de la syphilis sur la production de l'hydrocéphale; il a plusieurs fois observé un grand développement de la tête et un mouvement particulier de rotation des yeux chez les enfants nés syphilitiques. Nous avons été conduit à admettre cette pathogénie (6) que vient corroborer l'autorité du docteur Roger. Un de nos amis de province nous a raconté que, tout surpris de voir naître de la même femme plusieurs enfants hydrocéphales, et voulant connaître la cause de ce fait, il apprit que le mari avait autrefois contracté la syphilis à Paris. Ajoutons que Hutchinson a observé un enfant de huit ans qui était hydrocéphale, épileptique, en partie idiot, et qui avait une double cataracte et des dents défectueuses.

Les symptômes qui s'associent à ces diverses lésions sont peu connus, ou du moins fort difficiles à étudier. Bertin et plus récemment Pittschaaft (7) ont fait cette remarque, que les enfants issus d'un père syphilitique sont souvent tourmentés d'une insomnie opiniâtre. René Vanoye (8) est venu corroborer cette assertion. A ce symptôme s'ajoutent assez souvent, soit des convulsions générales ou partielles (9), soit des paralysies plus ou moins étendues et complètes (10), tous phénomènes subordonnés au siége et à l'étendue de l'altération.

(1) *Syphilis constitut.*, p. 4. — Comparez Schott, *Mayr's Zeitschr. f. Kinderheilk.* IV, 4.
(2) *Arch. für Ophthalmolog.*, I, p. 443.
(3) *Syphil. affect. of the nervous system*, Med, Times and Gaz., t. II, p. 84, 1861.
(4) *Allgemeinen med. Ann.*, p. 194, février 1829, extr. dans *Arch. méd.*, 1re série, XXIII, 436, 1830.
(5) *Lettsomian Lectures*, The Lancet, 1858, sept. 18.
(6) Voy. L. Gros et Lancereaux, *Traité des affect. nerv. syphilitiques.* Paris, 1861.
(7) Cité par Bertherand, *Traité des maladies vénér.*, p. 327, 1re édit.
(8) *Journ. de méd. et de chirurg. pratiques*, 1849, p. 273.
(9) Radcliffe, *Épilepsie chez un enfant atteint de syphilis congén.* The Lancet, II, 20, 634.
(10) Bacon, *Syphilis congénitale, hémiplégie et cécité*, Med. Times and Gaz., nov. 21, 1868.

§ 10. — Appareils de la vision et de l'audition.

Maunsell et Evanson (1), Walker, Dixon, Lawrence, ont commencé l'étude des ophthalmies syphilitiques héréditaires ; mais c'est à Hutchinson que nous devons les connaissances les plus complètes sur la matière, et que nous empruntons la plupart des éléments de cette description.

Iritis. — L'iritis est l'une des premières manifestations héréditaires de la syphilis oculaire. Dans vingt-trois cas rassemblés par Hutchinson, l'âge moyen des enfants, au début de l'affection, est de cinq mois et demi ; sur ce nombre, il y avait cinq enfants mâles et seize femelles ; le sexe n'avait pas été spécifié dans deux cas. Onze fois seulement les deux yeux étaient affectés. Les jeunes malades étaient faibles, cachectiques, mais parfois aussi dans des conditions de santé assez bonnes. Ils offraient, dans la plupart des cas, des symptômes de syphilis héréditaire, et, autant qu'il a été possible de s'en assurer, ils avaient été conçus peu de temps après le début de l'accident primitif chez les parents. L'iritis syphilitique infantile est rarement compliquée ; toutefois, le néoplasme, d'ordinaire abondant, rend le danger de l'occlusion pupillaire très-grand.

Le traitement mercuriel, bien qu'il ne parvienne pas à prévenir l'apparition de cet accident, n'en est pas moins le meilleur moyen à employer pour combattre ses effets, il est le plus favorable à la résorption complète du néoplasme.

Kératite diffuse. — Cette affection, fréquemment liée à la syphilis héréditaire, rare dans la première enfance, plus rare encore dans l'âge adulte, se montre d'ordinaire entre huit et quinze ans, le plus souvent vers l'âge de dix ans. Elle débute par un trouble diffus finement moucheté du centre de la cornée de l'un des yeux. Le malade accuse presque toujours un peu d'irritation dans l'œil et un obscurcissement de la vue. Un examen attentif montre que des taches troubles occupent l'épaisseur même de la cornée, et qu'elles sont séparées les unes des autres, comme autant de petits amas microscopiques de brouillards. Dans l'espace de quelques semaines, parfois plus promptement, la cornée, à l'exception de la zone périphérique, devient opaque par l'extension et la confluence des dépôts interstitiels, et finit par avoir l'aspect d'un verre dépoli ; il existe en même temps une zone d'injection scléroticale, de la photophobie et de la douleur autour de l'orbite. Après un mois ou deux, l'autre cornée se prend et parcourt les mêmes phases, un peu plus rapidement toutefois ; puis arrive un moment où le malade est tellement aveugle, qu'il ne conserve plus que la simple perception de la lumière ; bientôt l'œil le premier affecté commence à s'éclaircir, et il survient généralement dans l'espace d'un an à dix-huit mois une amélioration notable. Dans les cas moins graves ou sous l'influence d'un traitement convenable, la durée du mal peut être beaucoup moindre et le rétablissement de la transparence complet ; mais souvent il reste pendant des années ou pour toute la vie des taches troubles qui gênent

(1) *On the diseases of children*, Dublin, 1838.

plus ou moins la vision. Dans les cas les plus graves, la surface de la cornée est légèrement granuleuse et dépolie; quelquefois, à la suite d'une vascularisation exagérée, cette membrane devient d'un rose cramoisi ou couleur de saumon, et la vision reste d'ordinaire un peu endommagée.

L'absence habituelle d'ulcérations ou de pustules à la surface de la cornée distingue cette affection de la kératite consécutive aux fièvres exanthématiques et à la variole en particulier. La kératite scrofuleuse, avec laquelle elle a été longtemps confondue, est généralement accompagnée d'augmentation de volume des ganglions ou d'altération tuberculeuse des poumons. Les individus atteints de kératite syphilitique ont une peau d'une teinte sale terreuse, la racine du nez ordinairement large et déprimée, le front cicatrisé, les angles de la bouche occupés par des fissures ou par des cicatrices rayonnées, les dents permanentes, petites et échancrées. Le plus souvent précédée ou accompagnée d'iritis, cette affection est modifiée par un traitement spécifique, alors que les toniques ne sont d'aucune utilité. Elle est d'un pronostic favorable, mais la guérison en est lente et souvent imparfaite ; les frictions avec l'onguent mercuriel derrière les oreilles, sur le cou ou sous les aisselles, sont les moyens les plus propres à la combattre.

Stanley (1), Teal (2), Galligo (3), Haller (4), Watson (5), Taylor (6), ont rapporté des faits confirmatifs des recherches de Hutchinson. J'ai moi-même entretenu la Société de biologie d'un fait assez semblable, qui sera rapporté plus loin.

Par contre, Mooren (7) nie qu'il y ait un rapport entre la conformation des dents décrite par Hutchinson et la kératite interstitielle ou diffuse, et, dans ces derniers temps, une discussion soulevée sur ce sujet au sein de la Société de chirurgie de Paris (8) laisse en doute l'origine syphilitique de cette affection. Notre conclusion, en présence de ces résultats contradictoires, c'est que la kératite syphilitique héréditaire existe, mais qu'il y a lieu de faire un choix parmi les faits connus, et d'en séparer ceux qui pourraient conduire à retrancher cette affection du cadre des manifestations héréditaires de la syphilis.

Choroïdite. — Un certain nombre d'enfants atteints de syphilis héréditaire présentent, soit à l'examen ophthalmoscopique, soit à l'œil nu, une modification de la choroïde analogue à l'iritis héréditaire ou même acquise. Cette modification consiste dans l'existence, à la surface de cette membrane, de dépôts blanchâtres sous forme de taches légèrement saillantes et recouvertes par des vaisseaux rétiniens, ou bien elle se traduit par des cicatrices qui ne sont que la suite de ces mêmes dépôts; la rétine est en même temps congestionnée et obscurcie, et la membrane du corps vitré est enflammée. Au point de vue

(1) Stanley, *Med. Times and Gaz.*, Jun. 1860.
(2) Teal, *Ibid.*, p. 129, 1860.
(3) Galligo, *Imparziale* et *Gaz. méd. de Lyon*, 1860, p. 113.
(4) Haller, *Bayer. Aerzte Intelligenzblatt*, n° 71861.
(5) W. Watson, *Ophthalmic Hosp. Reports*, 1864.
(6) Taylor, *Ophthalmic Review*, avril 1866.
(7) Mooren, *Ophthalmic Beobachtungen*, p. 94, 1867.
(8) Voyez Panas, Giraldès, Giraud-Teulon, Marjolin, dans *Bull. de la Soc. de chirurgie de Paris*, nov. 1871.

symptomatique, cette affection offre plusieurs degrés : le premier degré, caractérisé par l'obscurcissement de la vue, répond à la période des exsudats ; la rétine et le corps vitré sont brouillés et ont perdu leur transparence ; mais, après un certain temps, la vue s'améliore, les taches se limitent, c'est le second degré. La résorption de l'exsudat constitue le troisième. Sur quatorze cas rapportés par Hutchinson, dix fois la choroïdite était incontestable, deux fois il existait des dépôts dans la rétine, une fois des opacités dans le cristallin. L'époque de la vie où s'observent la choroïdite syphilitique héréditaire et les altérations qui lui sont connexes, est en général la même que celle où l'on voit se développer la kératite interstitielle. Dans les cas que donne Hutchinson, six fois sur dix le malade était le plus âgé des enfants vivants de la famille. La difficulté d'obtenir une histoire claire et détaillée des antécédents des malades conduit à fonder le diagnostic de cette affection sur la physionomie et sur l'état des dents de l'individu malade.

La cataracte et l'inflammation du corps vitré présentent aussi un certain degré de connexion avec la syphilis héréditaire ; elles accompagnent la choroïdite plus souvent que la kératite, et se développent plusieurs années après la naissance. Les observations récentes de Hutchinson (1) laissent peu de doute relativement à l'influence de la syphilis héréditaire sur la cataracte. Ajoutons que la rétinite pigmentaire, attribuée par quelques auteurs à la consanguinité, serait, selon d'autres observateurs, rattachée dans quelques cas à la syphilis héréditaire (2).

Amaurose. — Outre les lésions oculaires dont il vient d'être question, Hutchinson a rencontré, chez plusieurs enfants atteints de syphilis héréditaire (3), une altération caractérisée par la décoloration et l'atrophie des papilles optiques (atrophie blanche) : la vue se perdait dans l'espace de six à dix-huit mois, un assoupissement involontaire et souvent très-marqué chez les enfants laissait peu de doute touchant l'origine crânienne de cette affection. Cette amaurose ne diffère donc pas de celles que nous avons étudiées plus haut.

Cophose. — Les individus affectés de syphilis héréditaire ne sont pas toujours exempts de surdité ; l'ouïe, chez eux, peut être abolie ou n'être que partiellement perdue.

Les lésions morbides qui produisent ces désordres sont variées et plus ou moins graves. Dans les cas observés par Hutchinson, la fonction était perdue sans qu'il y eût aucune lésion externe. La cophose occupait symétriquement les deux oreilles, elle accomplissait rapidement ses différents degrés d'évolution et devenait plus ou moins complète dans l'espace de six mois, malgré l'absence de sensation douloureuse et d'otorrhée abondante. Cette affection, comme la kératite, se manifeste aux approches de la puberté, pendant le cours des cinq années qui précèdent ou qui suivent ; elle est, de même que les affections héréditaires de l'œil, trois fois plus fréquente dans le sexe féminin.

(1) Voyez *Ophthalmic Hospital Reports*, t. VI, p. 274 et t. XI, p. 54-105.

(2) Voyez Galezowski, *Étude sur les amauroses et les amblyopies syphilitiques*, Archives générales de médecine, 1871, t. I, p. 164. — Hutchinson, *loc. cit.*

(3) *A clin. Memoir on cert. diseases of the Eye and Ear*, etc., obs. II, IV, VI.

Les quelques faits observés jusqu'ici tendent à faire croire que cette variété de cophose est sous la dépendance d'une lésion du nerf auditif ou qu'elle résulte d'un changement opéré dans les parties non accessibles de l'oreille. La symétrie de l'altération indique l'existence d'une cause centrale, et la membrane du tympan, sans être tout à fait normale, n'offre pas une modification en rapport avec le désordre fonctionnel; les trompes d'Eustache ont toujours paru libres. Hutchinson, qui voit dans cette affection l'analogue de la rétinite syphilitique et de l'atrophie blanche des nerfs optiques, soupçonne une modification du nerf auditif ou de ses ramifications dans le labyrinthe. La perte totale de l'ouïe, en dépit même d'un traitement spécifique, indique un pronostic peu favorable.

ARTICLE III. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DE L'ADULTE.

L'un des plus intéressants problèmes de la pathologie et de la clinique, celui de l'existence de la syphilis héréditaire chez l'adulte, est différemment résolu par les médecins. A côté d'un certain nombre d'auteurs pour qui la syphilis héréditaire peut, comme la syphilis acquise, rester latente pendant des années et se montrer ensuite, il en est d'autres qui pensent que cette maladie se manifeste toujours dans les six ou huit premiers mois de l'existence; après quoi on ne la voit plus. Il importe, dans une question de ce genre, de s'en rapporter aux faits.

N. Massa raconte avoir vu trois enfants chez lesquels la maladie vénérienne se développa de trois à onze ans. « Tres hoc anno curavi ego pueros, « unum ætate trium annorum, alterum ætate sex annorum, et erat puella, « tertium undecim annorum; isti non sumpserunt lac infectum. » Ces enfants ne prirent point un lait infecté, dit Massa; mais qui prouve qu'ils ne contractèrent pas la maladie autrement que par l'allaitement? Rien. Il y a donc dans ces faits un desideratum qui, avouons-le, existe dans plusieurs des observations subséquentes. Stoll (1) cite le fait remarquable de deux jeunes sœurs âgées, l'une de dix, l'autre de onze ans, toutes deux atteintes d'exostoses et de catarrhe, affections qu'il soupçonne d'avoir une origine vénérienne et qui cédèrent à un traitement mercuriel; il parle encore d'une autre jeune fille qui guérit également bien et dans les mêmes conditions.

Bertin (2) parle d'un enfant né d'une mère infectée, lequel ne présenta de signes de syphilis qu'après avoir été sevré. Ce fait peut ne pas paraître extraordinaire; mais Balling (3) rapporte qu'il fut consulté pour un garçon de seize ans, affecté d'un ulcère d'aspect syphilitique au gosier et de carie des os du nez. Le père déclara que vers le temps où il l'engendra il avait lui-même des symptômes de syphilis constitutionnelle; l'enfant guérit par l'emploi des antisyphilitiques. Albers (4), témoin de faits semblables, prétend que la syphilis en retard sévit principalement sur les enfants qui sont nés

(1) *Ratio medendi*, pars III, p. 232 et 233.
(2) *Traité de la maladie vénér. chez les enfants nouveau-nés*, p. 153.
(3) *Ueber ausgeborenen und erbliche Syphilis*, p. 129.
(4) *Ueber Erkenntniss und Kur der Syphilis.*

d'un père syphilitique et d'une mère scrofuleuse. Rosen de Rosenstein (1) dit avoir observé une jeune fille de onze ans, chez laquelle le mal vénérien héréditaire détermina la tuméfaction et la suppuration des glandes du cou, du nez, la carie du palais et des ulcères rongeurs au visage. Mais on peut douter de la nature de ces accidents (suppuration des glandes et carie osseuse), et croire à des manifestations scrofuleuses plutôt que syphilitiques. Baumes (2) cite l'observation d'un enfant qui, sous l'influence d'une syphilis héréditaire, fut atteint dès l'âge de quatre ans de tous les symptômes d'une syphilis commençante, et qui, traité sans succès par les moyens ordinaires, guérit par des fumigations cinabrées. Cazenave donne les observations de deux jeunes filles, l'une de neuf, l'autre de dix-huit ans, chez lesquelles il fut impossible de constater la trace d'un accident primitif, et qui, néanmoins, portaient des syphilides tuberculeuses et serpigineuses. La première fut guérie par l'emploi du proto-iodure de mercure. Trousseau (3) a observé une jeune personne qui, dès l'âge de sept ans, offrit un gonflement des jambes, et pendant neuf ans souffrit d'insomnie et de douleurs ostéocopes nocturnes ; à vingt ans, elle portait deux exostoses au bras et des cicatrices dans le pharynx. Ces symptômes cessèrent sous l'influence d'un traitement antisyphilitique. Fournier, cité par Davasse (4), aurait vu deux malades, l'un âgé de dix-huit, l'autre de vingt-cinq ans, n'ayant jamais éprouvé d'accident vénérien d'aucune sorte, et présentant l'un et l'autre une tumeur gommeuse du voile du palais ; le premier avait de plus un tubercule du pharynx. Sperino (5) a observé, après des tentatives de syphilisation infructueuses, la guérison par l'iodure de potassium d'une jeune fille de onze ans atteinte d'ulcération du palais et de cachexie commençante. Le professeur Sigmund, de Vienne (6), rapporte quatre faits de syphilis héréditaire tardive manifestée par des lésions des os et des cartilages, par des tubercules du tissu cellulaire sous-cutané et des ulcérations de l'arrière-bouche. Hutchinson a vu des faits assez semblables, parmi lesquels un cas d'arrêt de développement d'un radius. Ricord cite l'exemple de deux frères âgés, l'un de quarante, l'autre de quarante-quatre ans, ayant chacun une lésion de la voûte palatine et du voile du palais d'apparence syphilitique, mais qui n'avaient eu aucun autre accident vénérien. Il dit avoir vu, dans les mêmes conditions, un jeune homme de dix-sept ans qui était atteint d'une ostéite naso-palatine avec destruction du voile du palais. Cette dernière lésion se rencontre également chez une jeune fille de quatorze ans, placée, en 1862, dans le service de Bouchut (7), et chez une autre de dix-neuf ans observée par Hérard, (8) qui crut prudent, en présence d'une néga-

(1) *Maladies des enfants*, p. 545. Paris, 1778.

(2) *De la phthisie pulmonaire*, t. I, p. 428. Paris, 1805. Voyez de plus *Journ. des sciences méd.*, t. LV, p. 100.

(3) *Gaz. des hôpitaux*, 1855. p. 497.

(4) *La syphilis, ses formes, son unité*. Paris, 1865.

(5) *La syphilisation*, etc. Turin et Paris, 1855.

(6) *Zeitschrift der Gesellsch. d. Wien. Aerzte*, 1858, n° 5.

(7) *Gaz. des hôpitaux*, 10 juillet 1862, p. 317.

(8) *Bulletin de la Société médic. des hôpitaux* et *Union médicale*, 1861. Un fait assez semblable se trouve dans *Archiv. de méd.*, t. I, p. 217, année 1860.

tion absolue de syphilis chez les parents, d'être réservé sur la nature du mal tout en inclinant pour une origine scrofuleuse.

Hutchinson (1) a également observé des cas d'ulcération ou de destruction du voile du palais liée à la syphilis héréditaire tardive. Dernièrement mon excellent ami le docteur Dezanneau, médecin distingué à Angers, me disait avoir vu un cas de ce genre chez une jeune fille qui n'avait jamais eu la moindre trace de syphilis, mais dont le père avait été infecté par cette maladie. J'ai eu moi-même l'occasion d'observer quelques faits semblables, et je suis de plus en plus porté à voir dans les affections décrites sous le nom d'angine scrofuleuse une manifestation tardive de la syphilis héréditaire. S'il est parfois difficile de remonter à la source syphilitique de cette angine, il faut dire aussi que souvent il n'est pas plus facile de lui assigner une origine scrofuleuse : d'ailleurs, les bons effets d'un traitement spécifique ne sont-ils pas favorables à notre manière de voir ? Certaines formes de lupus ont encore été rattachées à la syphilis héréditaire (2). Hutchinson en a observé un cas chez une jeune fille de quinze ans.

Le foie, dont nous avons fait connaître l'altération chez le nouveau-né, est dans quelques cas tardivement affecté, du moins si on s'en rapporte aux observations de Dittrich, Hutchinson et Leudet (3). De ces observations il résulte que des ascites survenues chez des jeunes filles auraient été améliorées ou guéries par l'emploi de l'iodure de potassium, et qu'on aurait trouvé chez des jeunes gens exempts de contagion syphilitique l'altération si nettement accusée de la syphilis hépatique.

L'une de nos observations est un bel exemple de pneumonie chronique vraisemblablement développée sous l'influence de l'hérédité syphilitique. Le foie, chez la malade âgée de quarante-deux ans, offrait à sa surface des cicatrices profondes, lésion d'une grande valeur au point de vue du diagnostic de la syphilis viscérale. L'arrêt de développement des organes génitaux rencontré dans ce cas s'observe dans plusieurs autres faits, il n'est pas simplement accidentel (4). D'autres organes peuvent certainement s'altérer sous la même influence et dans les mêmes conditions, c'est un point digne de recherches.

Hoffmann (5) rapporte l'histoire d'une jeune fille de neuf ans, atteinte d'accès épileptiformes, qui fut guérie par un traitemen spécifique. J. Plenk (6) a observé les mêmes accidents chez un enfant de cinq ans. G. Lagneau fait

(1) J. Hutchinson, *On inheredited syphilis*, London Hospital Reports, vol. II, 1865, p. 196.

(2) Veiel, *Speciell. Bericht über die Resultate der Heilanstalt für Flechtenkranke in den Jahr* 1855-1861, Schmidt's Jahrb., t. CXVII, p. 299. — Hutchinson, *On inheredited syphilis*, London Hospital Reports, vol. II, p. 197, 1865.

(3) E. Leudet, *Recherches cliniques sur l'étiologie, la curabilité et le traitement de la syphilis hépatique*, Archiv. gén. de méd., t. I, p. 151 et 325, 1866.

(4) Voyez obs. XLIII. Je ne puis ici passer sous silence l'arrêt de développement des organes génitaux ; il me semble tenir à l'influence syphilitique, et ainsi la syphilis serait, dans certains cas, une cause de vice de conformation. Quelques faits de Hutchinson (*loc. cit.*) plaident dans ce sens.

(5) Hoffmann, *Naturæ curiosor. Ephemerid. centuria*, Francofurti et Lipsiæ, 1717, p. 272, obs. CXXXVI.

(6) Plenk, *Doctrina de morbis venereis*, Vienne, 1779, p. 131.

aussi mention de ces accidents chez des enfants nés de parents syphilitiques. L'idiotie, au rapport du docteur Critchett, peut être un symptôme de syphilis héréditaire. Il est facile, ce me semble, de se rendre compte de cette liaison par la modification qu'apporte parfois la syphilis au développement des os du crâne.

Zambaco (1) a vu chez un jeune homme de vingt-six ans, dont les frères et sœurs étaient pour la plupart atteints de syphilis héréditaire, des pertes subites de connaissance, des troubles de la vision, la perte de la mémoire, etc. Huglings-Jackson (2) a observé huit fois des attaques convulsives, épileptiformes ou choréiques chez des jeunes gens ou des adultes ayant des signes de syphilis héréditaire; chez quelques-uns l'hérédité reste douteuse, chez d'autres, elle est à peu près démontrée, en particulier dans un cas où il s'agit d'un enfant de dix ans. L'auteur insiste sur ce signe caractéristique de la syphilis héréditaire, indiqué par Hutchinson, une certaine malformation des deux incisives centrales supérieures, dans laquelle l'extrémité libre est plus étroite que la partie implantée dans la gencive.

Tels sont, à notre connaissance, les principaux faits connus de syphilis héréditaire tardive. Deux reproches peuvent être faits à la plupart d'entre eux : l'absence de renseignements précis sur la santé des parents, le défaut de certitude touchant l'existence possible d'une syphilis acquise. Malgré ces lacunes, qui tiennent en grande partie à la difficulté de l'observation en pareille matière, faut-il rejeter les manifestations tardives de la syphilis héréditaire, ou bien doit-on admettre leur existence sans réserve? Je ne dissimulerai pas que je suis de ce dernier avis, et je ne doute pas qu'une étude suivie et sérieuse du sujet ne conduise à des résultats curieux et importants.

ART. IV. — MODES D'ÉVOLUTION ET PHYSIONOMIE GÉNÉRALE.

Après avoir analysé et décrit isolément les lésions de la syphilis héréditaire, il importe de jeter un coup d'œil général sur cette maladie, d'en suivre la marche et l'évolution. Développée pendant la vie intra-utérine, la syphilis a pour effet ordinaire de produire l'avortement vers le sixième ou le septième mois de la grossesse. Quoique contesté par quelques auteurs comme de Blégny, Acton et Huguier, qui accusent l'immoralité ou les excès, s'ils ne rendent le mercure responsable du mal, ce fait n'en est pas moins exact, ainsi que l'établissent un très-grand nombre d'observations où le mercure est venu mettre un terme à des avortements multiples. Après la naissance, la syphilis héréditaire revêt la plupart des formes de la syphilis accidentelle, l'accident primitif excepté. Les manifestations dites secondaires apparaissent d'abord, puis viennent les lésions tertiaires; mais cette règle souffre des exceptions, et l'ordre de succession qui préside au développement de la syphilis

(1) *Affect. nerv. syphilitiques*, p. 207. Paris, 1862.

(2) J. Hughlings Jackson, *Cases of diseases of the nervous system in patients the subjects of inheredited syphilis*. London, 1868.

acquise est loin d'être aussi constant dans la syphilis héréditaire. Que la période secondaire ait eu ou non son évolution pendant le cours de la vie intra-utérine, on n'observe parfois que des manifestations tertiaires ; d'autres fois, et le plus souvent peut-être, manifestations secondaires et tertiaires coexistent, car, à côté de syphilides généralisées, on rencontre des lésions viscérales peu différentes de celles de l'adulte. Ce fait doit peu nous étonner ; il a sa raison, semble-t-il, dans l'âge des malades ; on l'observe quelquefois chez l'enfant dont la syphilis est acquise (Roger).

Au moment de sa naissance et pendant les premiers jours qui suivent, l'enfant paraît jouir d'une santé parfaite ; mais bientôt apparaissent des symptômes qui révèlent la maladie dont il est atteint : c'est d'abord une gêne de la respiration par le nez, une sorte d'enchifrènement que l'on ne manque guère d'attribuer au froid. Des gerçures, des fissures se montrent au voisinage des ouvertures naturelles, et puis se manifestent à la surface de la peau quelques-unes des éruptions ci-dessus décrites. Toutefois, ainsi que Rosen le faisait déjà remarquer, ces symptômes ne se rencontrent pas tous chez le même sujet, l'un en présente plus, l'autre moins. Pendant ce temps, la santé générale est languissante, l'enfant souffre et maigrit, il a de l'insomnie, son cri se modifie, et lorsque à cet état s'ajoutent des lésions viscérales, il tombe dans la cachexie et le marasme. « Le visage, dit le professeur Trousseau (1), est d'un ton bistré spécial ; il semblerait qu'on a passé sur les traits une légère couche de marc de café ou de suie délayée dans une ample quantité d'eau, ce n'est ni de la pâleur, ni de l'ictère, ni le jaune paille des autres cachexies ; cette teinte, beaucoup moins foncée, mais presque du même ton que le masque des accouchées, s'étend à peine au reste du corps..... Les cils ne se sont pas développés ou sont tombés ; les paupières sont souvent éraillées, et à l'angle externe ont quelquefois des fissures comme celles que l'on voit aux lèvres ou à l'ouverture des narines. A la place des sourcils, dont les poils sont tombés, vous voyez une tache jaunâtre, bistrée, avec production considérable de squames, et ces mêmes taches bistrées, qui ne sont en définitive que du psoriasis, se retrouvent surtout au menton, autour de la bouche..... » En même temps l'enfant est chétif, malingre, amaigri, cachectique. S'il était primitivement robuste et bien organisé, il s'affaiblit, devient triste, maigrit peu et reste plutôt bouffi ; ses fonctions digestives sont habituellement troublées, il a des vomissements, une diarrhée fréquente et rebelle, quelquefois sanguinolente ; la débilité est telle que la mort peut être le résultat d'une syncope, si elle n'est l'effet du marasme ou d'une complication comme l'érysipèle et la pneumonie, affections qui sont presque toujours fatales. La guérison n'est pas à espérer quand la syphilis se développe au moment même de la naissance, elle est rare lorsque la maladie survient pendant les premiers mois de l'existence. Cependant, il est des enfants qui n'ont tout d'abord que des éruptions superficielles, un coryza ou une stomatite légère, et qui, ensuite se trouvent tellement bien, que leur mère les croit entièrement guéris. Mais il importe de savoir que cet état de bien-être est ordinairement momentané ; plus tard, il survient des lésions le plus souvent symétriques des yeux

(1) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 665. Paris, 1862.

(kératite, choroïdite, amaurose), de la peau ou des muqueuses (ulcères serpigineux ou phagédéniques), des os (périostoses, exostoses, etc.) Ces manifestations séparées les unes des autres par un état de santé apparente rappellent l'état latent de la syphilis acquise.

Au fur et à mesure qu'il avance en âge, l'enfant atteint par le germe syphilitique présente des manifestations qui tendent de plus en plus à se limiter et à se rapprocher des accidents de la syphilis acquise. Les viscères, le foie, le poumon (Obs. XLIII), le cerveau peuvent en être le siége. Malheureusement ces accidents, d'autant plus difficiles à rattacher à leur véritable origine que l'individu qui les porte est plus âgé, passent trop souvent inaperçus; pour arriver à les soupçonner, il est de la plus grande importance de bien connaître les modifications que ne manquent guère de laisser à leur suite les premières manifestations de la syphilis héréditaire. Souvent, en effet, la physionomie de l'individu qui a hérité de la syphilis offre quelque chose de particulier, de typique pour ainsi dire. La peau, de teinte sale, pâle ou plombée, est épaisse, rude et flasque; rarement elle présente la belle coloration claire des personnes scrofuleuses. Sur le visage on aperçoit des cicatrices qui occupent de préférence les angles de la bouche, d'où elles rayonnent sur les joues. Le front est d'habitude large et proéminent au niveau des régions des bosses frontales, et parfois une large dépression existe un peu au-dessus des sourcils; les cheveux sont clairs, secs et fendus à leurs extrémités. Le nez a sa racine large, étalée ou même enfoncée. Les dents permanentes ou de la seconde dentition présentent un aspect tout spécial (voyez fig. 12). Les incisives centrales supérieures se font remarquer par leur forme comme par leur coloration et leurs dimensions. Tout d'abord, ces dents sont courtes, étroites d'un côté à l'autre, très-minces au niveau de leur bord libre; après un certain temps, une portion de ce bord, sous forme de croissant, se brise et laisse une échancrure large, profonde, verticale, qui persiste pendant plusieurs années et qui disparaît vingt à trente ans plus tard, par suite de l'usure prématurée de la dent. Ces deux incisives tantôt convergent l'une vers l'autre, tantôt sont écartées et nettement séparées. Elles sont parcourues par des dépressions ou encoches horizontales, mais qui ne sont en aucune façon constantes.

Fig. 11. — Malformation syphilitique des dents permanentes, d'après Hutchinson.

Quelquefois intacts et brillants, les yeux présentent, d'autres fois, la trace d'une altération ancienne ou récente, des synéchies avec ou sans déformation de la membrane irienne, une kératite interstitielle chronique. L'importance de cette dernière lésion est telle, que beaucoup d'auteurs tendent à en faire un signe pathognomonique de l'hérédité syphilitique, et comme elle coïncide souvent avec la modification du système dentaire, il arrive que la réunion de ces deux conditions ne manque pas d'avoir un grand poids dans la balance du diagnostic. Ces modifications locales s'accompagnent généralement d'un état de faiblesse relative mentionné par la plupart des auteurs, et dans quelques cas

il s'y ajoute un arrêt de développement de tout l'individu, ou seulement d'un ou de plusieurs organes. Ces déviations de type, conséquences ordinaires de lésions matérielles survenues ou dans le cours de la vie intra-utérine, ou plus tard pendant les premières années de l'existence, méritent de fixer l'attention. Une observation rapportée plus haut, page 330, nous montre un arrêt de développement des organes génitaux, et les faits qui suivent sont des exemples de malformations non moins graves, qui mettent hors de doute la dégénérescence de l'espèce humaine par la syphilis.

Syphilis héréditaire tardive. Idiotie, épilepsie, microcéphalie.

Obs. LIV. — La femme X..., d'une santé en apparence bonne, fut traitée par moi pour des névralgies et une alopécie, alors que je remplaçais le docteur Martelière, médecin du bureau de bienfaisance du deuxième arrondissement. Cette femme, qui pense que son mari a été atteint de syphilis, n'affirme pas qu'elle ait été pour son compte exempte de tout accident lié à cette maladie. Elle a eu quatre enfants, dont l'un est mort à sept ans, un autre à trois ans, et un troisième à l'âge de deux ans ; elle a fait quatre fausses couches, dont trois à sept mois et demi, et la quatrième à deux mois. Le seul enfant qui lui reste est âgé de douze ans et paraît avoir au plus six à huit ans. Sa tête est extrêmement petite, et déjà les os du crâne paraissent soudés entre eux.

Cet enfant marche à la condition qu'on le conduise ; il est à peu près complétement dépourvu d'intelligence et de mémoire. Il ne parle pas, et c'est à peine si on parvient à lui faire dire un et deux. Il ne peut sortir sa langue de sa bouche, bien que cet organe ait toute sa mobilité. Entêtement, habitudes de masturbation, et depuis l'âge de deux ans accès épileptiformes. Les organes de la vue et de l'ouïe sont intacts, le nez un peu gros et aplati. Les deux premières incisives sont crénelées et parsemées de petites dépressions, les deux autres incisives et les canines sont à peines sorties de leurs alvéoles. Il existe un véritable arrêt de développement de la dentition. A la partie supérieure du tibia, trajet fistuleux, nécrose datant de plusieurs mois. (Sirop d'iodure de fer. Applications locales de teinture d'iode.)

Syphilis héréditaire et malformations diverses.

Obs. LV. — La nommée D..., âgée de vingt-cinq ans, entre à l'Hôtel-Dieu en mars 1863. Cette malade a perdu son père de la poitrine ; sa mère a succombé à un cancer de l'estomac. Bien portante jusqu'à l'époque de son mariage (seize ans), elle s'aperçut, environ un mois plus tard, de quelques boutons aux parties génitales, qui bientôt furent suivis de roséole et d'angine (pilules, sirop de Cuisinier, salsepareille). Elle fit une fausse couche à six mois. Une deuxième grossesse eut lieu, et elle accoucha à neuf mois d'un enfant aujourd'hui vivant. Cet enfant, très-maigre à sa naissance, ne put être nourri par sa mère. Il ne paraît avoir présenté pendant les premières années de sa vie aucune éruption cutanée. Plus tard il eut une rougeole et présenta au cou une tumeur dure qui se termina par suppuration. Agé aujourd'hui de dix ans, il a depuis deux ans une kérato-conjonctivite qui trouble très notablement la vision. Opaque en plusieurs endroits, la cornée est de plus exulcérée. Les paupières, soudées aux angles internes et externes, laissent un orifice qui permet d'apercevoir au plus le champ de la cornée. Les dents incisives sont bicuspides, larges et courtes, striées en travers. Développement général très-incomplet, tête petite, propension à la colère.

Madame D... eut une troisième grossesse et accoucha à sept mois d'une petite fille. Agée aujourd'hui de neuf ans, bien portante, celle-ci a le nez aplati à la base, les dents écartées et bifides. Depuis lors il y a eu trois nouvelles grossesses dont deux à terme. Les enfants sont morts au bout de deux jours. La troisième gros-

sesse s'est terminée à six mois. Des tubercules syphilitiques se sont manifestés chez la mère dans le cours de cette dernière, malgré l'usage d'un traitement spécifique.

VARIÉTÉS ET FORMES DE LA SYPHILIS

SES RAPPORTS AVEC LES MALADIES.

L'étude successive de la syphilis acquise et de la syphilis héréditaire nous a appris qu'il existe entre ces variétés de la même maladie des différences notables et importantes. Le tableau suivant, qui met en parallèle ces variétés, permettra d'en saisir les traits caractéristiques.

SYPHILIS ACQUISE.	SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.
Maladie ayant une incubation d'environ un mois; elle débute par une lésion locale, ulcère non suppurant, avec adénite, après quoi surviennent des lésions superficielles et disséminées de la peau et des membranes muqueuses, ordinairement accompagnées ou précédées de symptômes fébriles et de courbature.	Maladie sans incubation appréciable; elle ne se manifeste pas ordinairement avant le quatrième mois de la vie fœtale; souvent même elle ne se révèle que plusieurs semaines après la vie intra-utérine, par un coryza, des éruptions cutanées diverses, surtout des plaques syphilitiques, et par une apparence de cachexie et de sénilité généralement liée à une altération des principaux viscères.
Le malade qui ne guérit pas après ces premières manifestations entre dans un stade intermédiaire; il conserve quelquefois de la pâleur, de la faiblesse, et peut voir reparaître ses premières éruptions, ou bien il reprend l'apparence de la santé, et s'il vient à procréer, ses enfants sont presque sûrement infectés.	L'enfant qui survit à ces premières manifestations reste souvent pâle et faible, il a le front proéminent, le nez aplati, et il se fait remarquer en général par la lenteur de son développement, la chute prématurée des dents incisives, la malformation des incisives centrales supérieures de la seconde dentition.
Un dernier stade qui commence au plus tôt un an après le début de la maladie, mais qui peut survenir trente et quarante ans plus tard, est caractérisé par des lésions conjonctives profondes, uniques ou multiples, mais toujours limitées à une portion d'organe dont elles déterminent le plus souvent la destruction, de façon à laisser à leur suite des cicatrices. Dans ce stade, la transmission de la maladie s'est affaiblie, et l'immunité, d'abord acquise, tend à disparaître.	Une nouvelle série de manifestations survient en général à l'époque de la seconde dentition, de la puberté, ou plus tard encore; elle consiste en des lésions conjonctives profondes et circonscrites, mais ordinairement symétriques, des systèmes cutané et muqueux ou même des différents organes. Dans ces conditions la transmission héréditaire de la maladie n'a plus lieu, et l'immunité est très-incomplète.

Qu'elle soit acquise ou héréditaire, la syphilis se présente avec des degrés d'intensité divers, remarqués de la plupart des syphiligraphes. Ruiz Diaz de Isla en indique trois; mais ce qu'il entend par là se rapporte surtout aux périodes de la syphilis. Il n'en est pas de même d'Alex. Trajan Pétrone (1) qui reconnaît une syphilis bénigne et une syphilis maligne. Cette distinction qu'il est encore possible de retrouver dans d'autres auteurs mérite d'être

(1) *Aphrodisiacus*, t. II, p. 1225.

conservée. Nous admettons un troisième type, la syphilis commune, qui servira de point de comparaison pour la description des deux autres.

1° *Syphilis commune.* — La syphilis commune, que nous avons eue plus particulièrement en vue dans notre étude nosographique, est la variété que l'on observe le plus fréquemment. Passant par chacune des étapes que nous avons signalées, elle se manifeste par toute une série d'accidents dont la gravité consiste, avant tout, dans le siége de la localisation morbide, et qui sont très-susceptibles de guérison, si l'on a soin de faire intervenir assez tôt un traitement convenable, de façon à éviter l'altération secondaire des éléments fonctionnels propres à l'organe malade; quant à la guérison définitive, elle a lieu seulement après l'accomplissement de toutes les phases de la maladie.

2° *Syphilis bénigne.* — Cette forme, qui a la plus grande ressemblance avec la syphilis commune, en diffère seulement par une intensité moindre, et surtout par une durée plus courte. On ne la voit pas nécessairement passer par toutes les périodes et accomplir toujours une révolution complète; quelquefois, plus souvent peut-être que l'on n'est tenté de le croire, le terme de son évolution survient à la fin des accidents secondaires. L'organisme, pour une raison qu'il n'est pas toujours facile de saisir, peut dès lors revenir à son intégrité normale. Jusqu'à un certain point comparable à la variole qui s'arrête avant d'arriver à la suppuration, cette variété de la syphilis pourrait à juste titre être décorée du nom de *syphiloïde;* elle est en effet l'analogue de la varioloïde, c'est-à-dire la forme la plus courte, la plus légère et la plus bénigne de la maladie. S'il n'est pas toujours facile de dire à quoi tient cette bénignité de la syphilis, on ne peut contester qu'on l'observe principalement dans certaines contrées remarquables par la douceur du climat. Ce fait n'avait pas échappé aux anciens, puisque Jean de Léon observe déjà que la syphilis guérit seule dans la Libye (1). Nous l'avons noté ailleurs (voyez Distribution géographique), et conséquemment nous n'y reviendrons pas.

De cette forme plus que de toute autre se rapproche une manière d'être particulière de la syphilis, qui a pour manifestations plus spéciales des plaques syphilitiques. Il n'est pas très-rare en effet de voir des individus présenter, à la suite d'un chancre syphilitique, des plaques muqueuses ou cutanées rebelles, qui disparaissent pour revenir un peu plus tard, et cela pendant deux, trois et même quatre ou cinq ans. Ces individus en général n'ont pas d'autres manifestations sur la peau, et il n'est pas prouvé qu'ils soient jamais atteints de lésions viscérales. Cette forme, que j'ai rencontrée plusieurs fois, est fort gênante pour les malades, mais en somme peu grave; elle mérite toute l'attention du médecin, et nous ne pouvons trop engager à en faire une étude suivie.

3° *Syphilis maligne.* — Tant par sa gravité que par les différences qui la séparent de la syphilis ordinaire, la syphilis maligne mérite de fixer notre

(1) Citat. de Freind, *Hist. de la méd.*, p. 68, 3e partie.

attention. Le plus souvent, dès son début, cette forme se révèle à l'observateur : le chancre, au lieu de se limiter aux parties les plus superficielles du derme, creuse peu à peu, il serpente et devient phagédénique. Mis en lumière par les intéressantes recherches de Bassereau, ce fait a été formulé ainsi qu'il suit : « Après les chancres indurés phagédéniques, surviennent les syphilides pustuleuses graves, les affections ulcérées de la peau plus tardives, les exostoses suppurées, les nécroses et les caries. » Les observations consignées dans la thèse inaugurale de Dubuc n'infirment en aucune façon cette manière de voir, puisque, sur neuf malades atteints de syphilides graves et malignes, il y a quatre fois des chancres phagédéniques au début.

A l'accident primitif succède une première poussée éruptive, remarquable par cette particularité qu'elle tient tout à la fois des syphilides exanthématiques ou précoces et des syphilides profondes et tardives ; des premières par ses symptômes prodromiques, ses adénopathies ganglionnaires et sa généralisation ; des secondes par la lésion matérielle qui la constitue et les cicatrices qui lui succèdent. Quelle que soit la lésion élémentaire par laquelle débute l'éruption, pustule ou tubercule, sa tendance constante est de marcher vers l'ulcération ; après un temps en général assez court, les boutons se couvrent de croûtes qui, incessamment accrues par une sécrétion plastique particulière, stratifiées et bombées au centre, présentent assez l'aspect des écailles d'huître, d'où la dénomination de *pustulæ ostracosæ* donnée par les premiers syphiligraphes à ces lésions plus fréquentes au XVIe siècle qu'à notre époque. Sous ces croûtes existent des ulcérations à bords taillés à pic, à fond grisâtre pultacé, circonscrites par une auréole rosée. Après une durée plus ou moins longue, la sécrétion tarit, les bords s'affaissent, les ulcères se cicatrisent; mais quelquefois on les voit s'avancer en rampant et ronger peu à peu les parties adjacentes, ou bien gagner en profondeur, mettre à nu les parties sous-cutanées, et même faire communiquer entre elles des cavités voisines.

La première poussée éruptive ne se comporte pas toujours de cette façon : la marche serpigineuse ou perforante ne se révèle souvent qu'à la seconde éruption, mais, en général, cette seconde éruption ne tarde pas à suivre la première. Les cicatrices qui succèdent ont la forme des ulcères, elles sont profondes et présentent une teinte rouge sombre qui s'efface lentement du centre à la circonférence. Dans quelques cas, au lieu de l'évolution particulière dont il vient d'être fait mention, apparaît, au sommet du bouton éruptif, une petite eschare noire qui s'accroît peu à peu et finit par tomber, laissant à nu un ulcère très-analogue aux précédents. Les éruptions qui, pendant ce temps, se montrent du côté des muqueuses, ont moins de tendance à creuser et à détruire les tissus ; elles sont d'ailleurs assez discrètes si elles ne manquent complétement (Dubuc). Il faut faire exception pour les fosses nasales, dont la muqueuse est fréquemment ulcérée et la cloison quelquefois perforée. Avec ces éruptions ou peu de temps après leur disparition, surviennent d'autres accidents et principalement des lésions oculaires (iritis), des exostoses, quelquefois des lésions des testicules ou des viscères abdominaux, ainsi qu'il est arrivé dans un cas rapporté par Axenfeld (1). Ces acci-

(1) Axenfeld, *Bullet. de la Société anat.*, année 1863, p. 512.

dents se pressent parfois avec une telle rapidité que le testicule syphilitique peut, comme l'a vu Melch. Robert, se rencontrer avec le chancre induré, et que l'on observe à la fois, chez le même individu, les trois séries d'accidents primitifs, secondaires et tertiaires.

Un état général parfois sérieux sert de cortége à ces différentes manifestations. Les malades ont une fièvre continue avec exacerbation le soir; ils maigrissent, pâlissent et perdent leurs forces, ils ont peu d'appétit, des envies de vomir, de la diarrhée. Ils sont pris de dyspnée, de palpitations, ils éprouvent une céphalalgie et une insomnie opiniâtres, ils sont tristes, inquiets, ils ont même de la tendance au suicide. C'est alors que surgissent le plus souvent les complications ordinaires de la syphilis, l'érysipèle et la pneumonie, qui viennent mettre un terme aux souffrances des malades; d'autres fois au contraire les forces se rétablissent peu à peu, en même temps que les croûtes se détachent et laissent à nu des ulcères rosés qui ne tardent pas à se cicatriser. Plus rarement la mort est la conséquence des lésions syphilitiques elles-mêmes : les malades succombent emportés par une sorte de marasme consécutif à l'existence de désordres multiples du côté des viscères. Lorsque la guérison des premiers accidents a lieu, on peut voir apparaître de nouvelles poussées éruptives après des intervalles de temps plus ou moins éloignés; comme les premières, elles manifestent de la tendance à l'ulcération ou à la gangrène, et, en définitive, à la destruction des tissus.

Ce tableau abrégé montre que cette forme de syphilis n'est pas sans analogie avec la syphilis de la fin du quinzième siècle, du commencement du seizième, et quelques autres épidémies syphilitiques; que, de plus, tant par la nature des lésions locales que par les caractères de ses symptômes généraux, comme aussi par la rapidité de sa marche, elle mérite à juste titre la dénomination de *syphilis maligne*. Les influences sous lesquelles se développe cette forme morbide sont quelquefois difficilement appréciables, comme le prouvent les faits rapportés par Dubuc; aussi cet observateur a-t-il cru devoir rattacher la malignité de la syphilis à une inconnue, la prédisposition interne, ce qui ne veut rien dire, si on n'indique les conditions qui favorisent cet état particulier. Or, il me semble que le jeune âge, qui rend la syphilis plus aiguë, lui imprime quelquefois aussi un certain degré de gravité ou même de malignité. L'influence de la race n'est peut-être pas à négliger dans cette question; mais jusqu'ici nous manquons des éléments nécessaires pour en apprécier la valeur. De même, l'opinion que la contamination d'une race à une autre est susceptible d'aggraver la syphilis n'est nullement prouvée (1). D'ailleurs on conçoit qu'une mauvaise hygiène puisse donner à cette maladie une impulsion plus active. Une alimentation insuffisante, des changements brusques de température, un climat humide, l'encombrement et le défaut d'acclimatation, toutes ces conditions qui aggravent la syphilis peuvent aussi favoriser le développement de la forme maligne. Quelques auteurs sont portés à croire que la syphilis transmise du fœtus à la mère, comme celle qui provient d'accidents héréditaires, est généralement plus grave; mais cette opinion

(1) Voyez Gauthier, *Deux années de pratique médicale à Canton* (*Chine*). Thèse de Paris, 1863.

manque encore de preuves certaines. La comparaison de la syphilis avec d'autres maladies, la variole par exemple, n'est pas de nature à faire attribuer une grande importance à la qualité du virus. C'est donc plutôt dans les conditions du milieu extérieur qu'il faut chercher les causes de l'apparition de la syphilis maligne.

Après avoir vu la syphilis naître et se développer dans un organisme sain, il importe maintenant d'envisager cette même maladie chez l'individu malade, de chercher les modifications qu'elle est susceptible de subir dans ces conditions et celles qu'elle peut imprimer aux maladies avec lesquelles elle coexiste. Bien que peu étudié jusqu'ici, le sujet qui va nous occuper n'en est pas moins très-important, puisqu'en fait il se retrouve à chaque pas dans la pratique. Comme l'action bien connue du traumatisme sur la détermination des accidents syphilitiques sera traitée plus loin, il ne sera question ici que de l'influence exercée par les maladies soit aiguës, soit chroniques.

Influence des maladies sur la syphilis. — Les maladies aiguës ont sur les manifestations de la syphilis une influence qui varie avec la période du mal, et qui peut en troubler l'évolution. « L'apparition d'une maladie aiguë, dit Bassereau (1), telle que fièvre grave, phlegmasie pulmonaire ou autre, survenue quelque temps après la contagion, m'a semblé avoir pu retarder quelquefois le développement des syphilides érythémateuses. » Ce retard nous a également paru exister dans un cas de syphilide papuleuse dont le cours fut traversé par une variole. D'un autre côté, plusieurs observateurs (2) ont signalé l'action bienfaisante de l'érysipèle sur certaines syphilides. Un mémoire que publie aujourd'hui le docteur Mauriac (3) est destiné à prouver l'influence curative de cette affection dans la syphilis. Ce mémoire n'est pas terminé; mais je suppose que cette influence s'exerce uniquement sur les syphilides et qu'elle reste sans action sur les manifestations profondes, à plus forte raison sur la maladie elle-même. Mon distingué collègue M. Lallier m'a dit avoir observé une jeune femme qui, à la suite d'une atteinte de choléra, se trouva rapidement débarrassée d'une éruption syphilitique et d'une paralysie vraisemblablement de même nature, et j'ai pu voir moi-même la disparition rapide d'un chancre induré par suite de l'apparition d'une fièvre typhoïde. Une jeune fille de vingt-trois ans était atteinte de roséole et d'éruption du cuir chevelu, pour lesquelles nous venions de la soumettre à un traitement spécifique, lorsqu'elle fut prise d'un choléra qui fit cesser ces deux éruptions (4).

(1) Bassereau, *Traité des affections cutanées et symptom. de la syphilis*, Paris, 1852, p. 177.

(2) Sabatier, Thèse de Paris, 1831. — Rayer, *Maladies de la peau*, 1835, § 861, p. 374. — Chomel, *Éléments de pathologie générale*, 4e édit. 1856, p. 374. — Jourjon, Thèse de Paris, 1870.

(3) Ch. Mauriac, *De l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis* (*Gaz. des hôpitaux*, 1873, nos 39, 41, 44, etc.).

(4) Ces faits ont été signalés par nous dans les notes ajoutées à la traduction anglaise de ce livre.

Ces différents faits tendent à prouver que certaines maladies, en apportant de rapides et profonds changements dans la nutrition générale, peuvent avoir sur la syphilis une action comparable à celle des agents thérapeutiques. En tout cas, il importait d'autant plus de signaler ces faits que l'attention est à peine éveillée sur ce point de pathologie générale, et que jusqu'ici nous sommes fort peu renseignés sur les lois qui régissent les rapports des maladies entre elles.

Nous devons avouer que nos connaissances, en ce qui concerne les rapports de la syphilis avec les maladies chroniques, sont peut-être moindres que celles que nous avons relativement aux maladies aiguës. C'est qu'en effet il n'est pas toujours facile de démêler si la syphilis qui survient chez un goutteux, un rhumatisant, un scrofuleux, etc., doit sa plus ou moins grande intensité à l'état constitutionnel de l'individu malade ou à toute autre circonstance. On sait que les individus scrofuleux ont plus que les autres une tendance à la suppuration des manifestations syphilitiques, et que l'alcoolisme prédispose à ces mêmes manifestations et les aggrave ; mais d'ailleurs, à part Sp. Wells (1) qui prétend que la syphilis est très-grave chez les sujets atteints de goutte et qu'elle prend volontiers le caractère scorbutique, la plupart des auteurs sont silencieux sur la matière. Ce que notre observation nous a appris à cet égard, c'est que dans le conflit entre une maladie constitutionnelle ou diathésique et la syphilis, la marche de cette dernière n'est troublée et ses manifestations ne sont modifiées qu'autant que la maladie coexistante se trouve en puissance d'action, et alors il existe généralement une modification réciproque des deux maladies ; l'une d'elles revêt une acuïté plus grande, tandis que l'autre est ralentie dans sa marche. Un jeune homme atteint de la dégénérescence rénale de Bright, et depuis plusieurs semaines soumis à notre observation, est porteur d'un chancre de deux mois non encore cicatrisé ; la lésion des reins, d'après ce qu'il raconte, marche chez lui avec une certaine rapidité, puisque, ne remontant pas au delà de quelques mois, elle se manifeste aujourd'hui par un précipité albumineux des plus abondants et par le passage de nombreux cylindres fibrineux dans les urines. Un autre malade, que nous avons pu suivre pendant huit mois, nous présenta tout d'abord, en même temps qu'une tuberculose bien établie, un rupia et une orchite syphilitique ; mais bientôt nous vîmes l'altération pulmonaire prédominer en quelque sorte aux dépens des lésions syphilitiques, qui parurent arrêtées dans leur marche. Disons, que ce malade, pendant quinze jours, prit 1 gramme d'iodure de potassium. Une jeune femme phthisique et syphilitique à la fois n'éprouva, en fait de manifestations spécifiques, pendant près de cinq mois qu'elle passa sous nos yeux, que des lésions localisées aux parties génitales et extrêmement lentes dans leur développement.

2° *Influence de la syphilis sur les maladies.* — L'influence que la syphilis exerce à son tour sur les maladies mérite un examen sérieux, nous l'envisagerons dans les cas de traumatisme, dans les maladies chroniques et, enfin,

(1) Spencer Wells, *Practical observat. on gout*, etc., London, 1854, p. 87.

dans les maladies aiguës. C'est, dit Swediaur (1), une opinion reçue par plusieurs médecins, que les os des personnes affectées de vérole deviennent plus fragiles et que les malades, par conséquent, sont plus sujets aux fractures. Ce même auteur rapporte ensuite l'observation d'un homme qui s'était fracturé la jambe et qui, après un séjour de neuf semaines au lit, n'avait pu obtenir de consolidation. Alors on soupçonna que la vérole dont il avait été affecté pouvait bien être la cause qui s'opposait à la formation du cal; un traitement mercuriel fut institué, la fracture se consolida, et le malade se trouva complétement guéri.

Delpech écrit d'autre part : « On voit des ulcères vénériens se déclarer à propos d'une blessure, soit dans le sein même de celle-ci, soit dans ses environs. Cette complication est très-rare et n'a guère lieu que dans le cas d'infection générale et quand la plaie dure depuis longtemps (2). » Remarquons qu'il ne s'agit pas ici d'un chancre, car cet accident ne se développe jamais au milieu d'une plaie, à moins d'un contact virulent. Suivant Verneuil (3), lorsqu'on opère chez un syphilitique une fistule pénienne, par exemple, la réunion immédiate manque, l'autoplastie échoue. Mais si l'on vient à instituer un traitement approprié, on peut recommencer l'opération cette fois avec succès. Un médecin de l'armée, le docteur Guillemin (4), a rapporté, à l'appui du fait établi par Verneuil, l'observation d'un malade syphilitique chez lequel deux petits ulcères, résultat d'excoriations faites au doigt, n'ont cédé qu'autant qu'un traitement iodé fut mis en usage.

Merkel (5) croit aussi à l'action de la syphilis sur les plaies, quand l'infection s'est produite peu de temps avant le traumatisme. Les manifestations syphilitiques qui surgissent dans ce cas sont ordinairement cutanées et s'observent au niveau de la cicatrice ou bien dans les parties de l'enveloppe tégumentaire qui sont habituellement atteintes. Par contre, Thoman (6) prétend que les plaies guérissent tout aussi bien chez les syphilitiques que chez tout autre individu.

L'action de la syphilis sur les maladies aiguës est en général fort peu connue. Bamberger (7), Fronmüller (8), signalent la transformation de pustules varioliques en condylomes chez des individus affectés de dyscrasie syphilitique. Ce serait, suivant ces auteurs sur la lésion locale que la syphilis concentrerait son action ; cependant, il m'a paru que, dans le cours de la dernière épidémie de variole, les cas de variole hémorrhagique étaient relativement plus fréquents chez les individus affectés de syphilis, et si ce fait venait à se vérifier, il en résul-

(1) Swediaur, *Loc. cit.*, p. 183.

(2) Delpech, *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. I, Paris, 1823.

(3) Verneuil, *Gaz. hebd.*, février 1863, p. 134. — Le même, *Archives générales de médecine*, 1871, t. II, p. 407.

(4) Guillemin, *Gaz. hebd.*, 17 juillet 1863, p. 473. — Comparez Ambrosoli, *De l'influence de la syphilis const. sur les plaies* (Gaz. lombarde, 44, 1863).

(5) Merkel, *Ueber d. Einfluss der Syphilis auf d. Verlauf von Verletzungen*, Centralblatt für medicin. Wissenschaft, 1871, 4.

(6) E. Thoman, *Ueber Vulnerabilitat d. Syphilitischer*, Wien. med. Wochenschrift XV, 21, 1865.

(7) Bamberger, *Combination der Blattern und Syphilis*, Œsterr. Zeitung f. prakt. Heilkunde, 1858, n° 4.

(8) B. Fronmüller, *Complication de variole et de syphilis*, Würzb. med. Zeitschrift, t. I, 1860.

terait que la syphilis peut aussi influencer l'état général de cette maladie. D'ailleurs, Woakes (1) rapporte qu'ayant, dans une épidémie de scarlatine assez bénigne, soigné quelques cas terminés par la mort et cela seulement dans trois familles, il fut frappé de la rencontre de ces cas funestes chez des enfants qui avaient été atteints d'une syphilis constitutionnelle héréditaire.

Parmi les maladies chroniques, la scrofulose et la tuberculose sont celles sur lesquelles la syphilis paraît avoir le plus d'influence. La goutte et le rhumatisme sont en général fort peu modifiés par cette maladie. La syphilis, suivant Lugol (2), influe sur la marche de la scrofulose; mais les faits que donne cet observateur à l'appui de cette assertion ne sont pas significatifs, ils ont trait à des individus simplement atteints de blennorrhagie. Bazin (3) insiste avec raison sur la propriété qu'a la syphilis d'éveiller les manifestations de la diathèse scrofuleuse et de leur imprimer une tendance à la suppuration ; c'est un fait que du reste j'ai nettement observé dans un cas où une poussée syphilitique détermina l'apparition d'adénopathies suppurées multiples. En somme, la syphilis peut réveiller les manifestations de la scrofulose, mais elle ne les produit pas ; on peut en dire autant à l'égard du rachitisme. L'influence de la syphilis sur la tuberculisation pulmonaire a plus particulièrement préoccupé les auteurs. Morton, Morgagni, J. Frank, Graves (4), s'accordent à reconnaître que la syphilis est une cause débilitante qui, chez les individus prédisposés, favorise, accélère, aggrave le développement de la phthisie pulmonaire. Cette opinion, qui a pour principaux défenseurs Laennec, Andral et Pidoux (5), ne repose toutefois que sur un petit nombre de faits, et, sous ce rapport, elle n'est peut-être pas tout à fait irréprochable. Quant à moi, j'ai observé seulement quelques cas où la syphilis ait paru jouer un rôle de cause provocatrice par rapport au développement d'une tuberculisation à marche rapide qui finit par emporter les malades. Quelques auteurs n'hésitent pas à croire que la syphilis est capable de produire elle-même la tuberculose; mais c'est là une manière de voir qui ne paraît nullement justifiée. Pour prouver que la syphilis peut engendrer la tuberculose, il faudrait, dit Gamberini (6), établir, à l'aide des faits cliniques, que des individus placés hors de toutes les conditions qui disposent à la phthisie en ont été atteints à la suite d'une infection vénérienne. Or, la clinique ne peut encore donner une réponse aussi explicite, et si, parmi les défenseurs de l'opinion qui rattache les tubercules à la syphilis, il en est quelques-uns qui prétendent avoir guéri des phthisiques en employant des remèdes mercuriels, il y a lieu de croire qu'ils ont pu s'en laisser imposer par une laryngo-trachéite syphilitique, ce qu'indique tout au moins le court espace de temps qui a servi à la guérison. C'est de cette façon,

(1) E. Woakes, *Scarlet fever and Syphilis*, British med. Journal, 5 oct. 1872.

(2) *Recherches et observations sur les causes des maladies scrofuleuses*, p. 285. Paris, 1844.

(3) *Leçons sur les syphilides*, 1859.

(4) La syphilis et l'abus du mercure sont les deux causes, dit Graves, qui favorisent le plus le développement de la phthisie pulmonaire. *Leçons de clinique médicale*, trad. fr. de Jaccoud, p. 162. Paris, 1863.

(5) *Etudes générales et pratiques sur la phthisie*, Paris, 1873.

(6) *Gazetta medica Italiana Toscana*, 1852, et *Gaz. méd. de Paris*, p. 374, 1853.

en effet, que nous avons cru devoir interpréter ailleurs la plupart des observations connues de phthisie vénérienne. L'existence simultanée d'altérations syphilitiques et de lésions tuberculeuses est chose assez rare, et il est probable qu'il y a entre le produit syphilitique et le tubercule vrai un antagonisme analogue à celui qui existe entre celui-ci et le cancer. Or, la loi générale de l'organisme, en vertu de laquelle le développement d'une lésion pathologique arrêterait ou retarderait l'évolution de tout processus d'une origine différente, étant vraie, c'est uniquement par la débilitation qu'elle apporte au sein de l'économie que la syphilis peut donner le coup de fouet à la phthisie pulmonaire (1).

Nous résumerons de la façon suivante ce qui a trait aux rapports existant entre la syphilis et les maladies aiguës ou chroniques : La syphilis peut être influencée dans sa marche par l'apparition d'une autre maladie ; elle n'est généralement pas aggravée, si ce n'est par l'alcoolisme. Les manifestations de plusieurs maladies, celles de la scrofulose et de la phthisie pulmonaire particulièrement, sont quelquefois éveillées par la syphilis ; mais, il n'est nullement prouvé que celle-ci puisse les engendrer, elle est tout au plus à leur égard une cause occasionnelle.

A cela ne se bornerait pas l'influence de la syphilis. Suivant certains auteurs, cette maladie pourrait être regardée dans quelques circonstances comme un préservatif contre d'autres maladies. Lancisi dit avoir appris de plusieurs médecins qui avaient soigné les pestiférés à Rome, qu'aucun de ceux qui portaient des cautères ou des bubons *vénériens* en suppuration n'avait été atteint de la peste (2). Je me souviens d'avoir entendu raconter que les épidémies de choléra qui ont sévi à Paris n'ont jamais visité l'hôpital du Midi (Hôpital des vénériens hommes). Il est vrai que ce fléau a fait une légère apparition à l'hôpital de Lourcine ; mais il importe de savoir que les malades qui séjournent dans cet hôpital ne sont pas toutes syphilitiques. Cette remarque me paraît d'autant plus importante que le docteur Espagne a publié dans la *Gazette hebdomadaire*, 15 septembre 1865, un article intéressant dans le but de montrer l'immunité cholérique, en 1849 et en 1854, dans les services des maladies vénériennes et cutanées des hôpitaux de Montpellier. Pour ne parler que de l'hôpital Saint-Éloi, il y eut, en 1849, 12 décès cholériques, et en 1854, 118, tant dans les services de médecine que dans ceux de chirurgie, et, dans aucune de ces deux années il n'y eut de décès dans les services du même hôpital affectés aux individus atteints de maladies de peau ou de syphilis. N'y a-t-il dans ces faits qu'un pur effet du hasard ? Je le pense, mais je n'oserais l'affirmer. Est-ce à la syphilis ou au mercure que l'on emploie pour la traiter qu'il convient d'attribuer ces effets ? Le docteur Espagne ne se prononce pas sur ce point ; mais, s'il me fallait décider entre ces deux alternatives, j'inclinerais à regarder la syphilis plutôt que le mercure comme une sorte de préservatif contre le choléra. Enfin Chassaignac a rapporté à la Société de chi-

(1) Consultez, sur les rapports entre la syphilis et la tuberculose : Hutchinson, *Med. Times and Gazette*, 14 déc. 1867, p. 658. — H. Lebert, *Ibid.*, 20 nov. 1869. — Metcalfe Johnson, *Ibid.*, Aug. 31, 1872.

(2) *De Bovilla peste*, etc., Romæ, 1715. — Voyez Carrère, *Histoire de la Soc. roy. de méd.*, t. IV, p. 219 des mémoires, Paris, 1785.

rurgie (1) que, sur vingt-cinq ou trente opérations qu'il avait faites sur des syphilitiques, il n'en avait jamais vu une seule qui eût été suivie d'infection purulente, et ce savant chirurgien s'appuie sur ces faits pour supposer qu'il y a une sorte d'antagonisme entre la syphilis constitutionnelle et l'infection purulente.

Que penser de ces différentes observations? Qu'il existe un antagonisme réel entre la syphilis et quelques autres maladies? Les données actuelles n'autorisent pas à affirmer un fait aussi important. Des recherches nouvelles méritent d'être entreprises sur ce sujet; mais en tout cas un organisme en puissance de syphilis paraît peu disposé à subir les atteintes des causes morbides.

(1) Voy. *Gaz. hebd.*, 1862, p. 604.

TROISIÈME PARTIE

SÉMÉIOTIQUE

§ 1. — Diagnostic.

Étudier le symptôme dans ses différents modes, déterminer, à l'aide de cette étude, le siége et l'étendue de la lésion, puis remonter à la source du mal, en chercher la nature, telle est la méthode qui, en clinique, permet d'arriver à un diagnostic exact et à des indications thérapeutiques véritablement utiles. Or, jusqu'ici, nous nous sommes attaché à tracer aussi rigoureusement que possible les caractères cliniques des nombreuses affections syphilitiques ; il importe maintenant de faire servir les données acquises au diagnostic général de la syphilis, après quoi il nous restera à comparer cette maladie avec celles qui s'en rapprochent le plus, et à tirer de cet examen comparatif les signes propres à faire éviter une erreur trop souvent nuisible.

La syphilis étant une maladie spécifique, bon nombre d'auteurs se sont figuré qu'elle devait nécessairement avoir des caractères en rapport avec sa nature et entièrement distincts. Quelques médecins des derniers siècles crurent trouver ces caractères dans le sang et prétendirent que l'inspection du sang liquide était suffisante pour assurer le diagnostic. Jessenius de Jessen, médecin hongrois, admet, en 1618, qu'une pellicule pâle ou blanche à la surface du liquide sanguin retiré de la veine dénote la vérole quand elle tient au reste de la masse comme une peau tenace ; Melchior Friccius, en 1710, et G. D. Coschwitz, en 1728, émettaient cette même opinion, qui fut du reste assez généralement répandue pour qu'Astruc (1) se crût obligé de la combattre et de la réfuter. Nous savons que récemment Lostorfer a été conduit à partager une erreur du même genre.

On a pensé aussi que le signe caractéristique de la syphilis pouvait être fourni par l'histologie ; mais l'illusion ne fut pas de longue durée. Les principaux histologistes n'accordent aucun caractère microscopique précis aux tumeurs gommeuses, et nous partageons cette manière de voir, malgré l'avis opposé de Wagner. C'est un tort, à notre sens, de demander au microscope plus qu'il ne peut donner. L'œil nu, qui juge de la forme de l'altération et de son ensemble, conduit suivant nous à des données tout aussi positives et

(1) Voy. Astruc, t. IV, p. 106 et 107.

peut-être même plus certaines que le microscope, qui permet de voir les éléments et leur disposition réciproque. Nous ne croyons pas que les caractères histologiques soient jamais plus importants, dans l'espèce, que ceux qui résultent de la physionomie générale que manifeste un organe atteint par la syphilis, et surtout de la consistance, de la coloration, de la sécheresse et de la disposition particulière des tumeurs gommeuses au sein des parenchymes. La coloration particulière des éruptions syphilitiques n'est pas non plus un symptôme sur lequel on puisse toujours compter, et le serait-elle, qu'elle constituerait un signe caractéristique d'une période seulement de la maladie qui nous occupe.

Au demeurant, il faut renoncer à trouver à la syphilis un signe toujours certain et véritablement pathognomonique. Le médecin qui veut arriver au diagnostic de cette maladie doit donc prendre en considération tous les symptômes, les examiner dans leurs différents modes, les peser et les comparer, rechercher leur filiation, de manière à fonder son jugement, non pas sur tel ou tel d'entre eux, mais sur leur ensemble. En cela il ne fera que suivre le sage précepte du père de la médecine (1), lorsqu'il dit : « Il faut qu'un médecin qui veut bien pronostiquer embrasse dans son esprit la connaissance des signes, qu'il les pèse et les confronte tous ensemble avec jugement. » Or, les signes de la syphilis se divisent, comme le voulait Astruc, en signes démonstratifs et en signes commémoratifs.

Les signes démonstratifs sont univoques ou équivoques, selon qu'ils appartiennent à la syphilis seule ou à plusieurs maladies.

Les signes univoques sont peu nombreux, ce sont les plaques muqueuses et le chancre induré, car les éruptions pustuleuses et tuberculeuses ne s'observent pas seulement dans la syphilis. Quant aux productions gommeuses, elles ne constituent un signe positif qu'autant qu'elles sont superficiellement placées et appréciables à la vue; souvent même il est encore possible de les confondre avec d'autres lésions et particulièrement avec les abcès. Les signes équivoques, bien qu'ils aient une importance diagnostique moindre, ne doivent pas être négligés. Quelquefois ils offrent dans leur modalité des caractères véritablement pathognomoniques : c'est ainsi que se comportent la plupart des éruptions syphilitiques, dont le siége, la coloration et le mode de groupement indiquent d'une façon presque certaine, mais non absolue, l'existence de la syphilis; il en est de même des exostoses et de la plupart des lésions viscérales qui peuvent être appréciées par les sens.

Les signes commémoratifs se tirent des renseignements fournis par les malades, du mode d'évolution suivi par la maladie et des traces encore existantes des lésions syphilitiques antérieures. La cicatrice du chancre, celles que laissent les syphilides profondes, les tumeurs gommeuses, la perforation ou la destruction du voile du palais, l'aplatissement du nez, etc., voilà autant de signes commémoratifs, on pourrait presque dire de signes démonstratifs, qui, joints à des manifestations douteuses, permettront de diagnostiquer sûrement la syphilis. Des avortements multiples sans cause occasionnelle appréciable constituent un soupçon de syphilis chez le père ou chez la mère, sinon chez

(1) Hippocrate, *Pronostics*, édit. Chartier.

tous les deux à la fois. Enfin la connaissance de l'évolution de la syphilis a une grande valeur diagnostique.

Si aucun phénomène extérieur (période d'incubation) ne révèle l'existence de la syphilis, le diagnostic est évidemment impossible. Mais dès que la réaction locale est effectuée (période d'éruption locale), celui-ci repose, comme nous le savons (1), sur deux signes : l'induration particulière de la lésion primitive avec absence de suppuration, les adénopathies ganglionnaires concomitantes, inguinales, cervicales, etc., avec leur indolence et leurs caractères de dureté et de mobilité. L'accident primitif disparu, les lésions ganglionnaires sont, avec la cicatrice qui persiste, des moyens de diagnose encore très-certains.

Les éruptions ont paru, leur dissémination sur une grande étendue, leur coloration jaune cuivré ou rouge maigre de jambon, l'absence de prurit, la coexistence d'indurations ganglionnaires, voilà, avec les renseignements obtenus sur l'accident primitif, des éléments suffisants pour arriver à un diagnostic exact. Notons que l'on rencontre fréquemment, à cette période, les plaques muqueuses avec leurs caractères particuliers. Ces dernières manifestations et les adénopathies sont, en l'absence de toute éruption cutanée, des indices certains que le mal n'est pas encore arrivé à sa dernière phase.

Dans la période des productions gommeuses, les signes diagnostiques changent, mais ils sont en même temps fort différents suivant le siége des localisations morbides. A la peau, les éruptions, ordinairement d'une teinte cuivrée et non prurigineuses, sont limitées à quelques points épars, disposées en cercles et demi-cercles, ou en T ; elles accomplissent lentement leur évolution et laissent à leur suite des cicatrices le plus souvent indélébiles. S'agit-il de lésions plus profondément situées, lésions musculaires ou osseuses, l'absence de réaction fébrile, la lenteur de l'évolution, l'existence de douleurs fixes continues, avec exacerbations nocturnes, la présence de tumeurs d'abord fermes et plus tard ramollies, sont autant de circonstances qui permettent d'arriver à soupçonner, sinon à reconnaître la maladie syphilitique. Lorsque enfin surviennent des manifestations moins accessibles à nos moyens d'investigation, l'anamnèse et le mode de filiation des accidents, la cachexie et quelques symptômes particuliers, tels qu'une déformation du foie accompagnée ou non d'albuminurie, sont des conditions qui aident beaucoup au diagnostic, si elles ne l'éclaircissent complétement. L'existence simultanée de plusieurs des affections connues, ou même des traces qu'elles ont laissées (cicatrices, etc.), est un auxiliaire utile auquel on peut encore ajouter les résultats fournis par un traitement spécifique. Notre intention n'est pas de répéter ce que nous avons dit du diagnostic des lésions syphilitiques considérées isolément dans chacun des appareils organiques; mais nous devons insister sur ce fait que plusieurs appareils sont, en général, simultanément affectés. Ainsi les localisations cérébrales ou pulmonaires sont ordinairement accompagnées de modifications du côté du foie et des ganglions lymphatiques profonds ; plus communes, ces dernières altérations sont quelque-

(1) Voy. p. 122 de ce livre.

fois indépendantes de toute autre manifestation viscérale. Un dernier point mérite notre attention, c'est la physionomie générale du malade, non pas que cette physionomie ait par elle-même un cachet particulier, car elle intéresse le clinicien plutôt par des signes négatifs que par des signes positifs. L'expression du visage, la teinte de la peau, son élasticité, sa souplesse, l'épiderme qui la recouvre, s'ils ne mettent pas d'emblée sur la voie du diagnostic de la syphilis, conduisent au moins à soupçonner cette maladie. Au résumé, le diagnostic qui nous occupe, quelle que soit la période de la maladie à laquelle on l'envisage, ne repose pas sur un seul signe, mais sur un ensemble de caractères qui se rattachent à des accidents ayant un ordre de succession tout à fait spécial : telle est du moins la syphilis acquise.

La syphilis héréditaire, déjà différente de la syphilis acquise par l'absence d'une lésion primitivement locale, l'est encore par une acuïté plus grande dans sa marche, par une régularité moindre dans son évolution, par une mortalité plus considérable, et par l'époque de son apparition vers les trois ou quatre premiers mois de la vie. D'abord la surface tégumentaire et bientôt après les parenchymes sont envahis. Aux éruptions ordinaires de la syphilis accidentelle s'ajoutent de nombreuses fissures au niveau des orifices naturels, le coryza, le pemphigus de la paume des mains et de la plante des pieds. Aux apparences de bonne santé que présentait jusque-là l'enfant, succèdent une teinte particulière de la peau et un dépérissement graduel qui donnent au petit malade l'aspect d'un vieillard. Vient-elle à se manifester à un âge plus avancé, la syphilis héréditaire est encore généralement reconnaissable, car, d'une part, les lésions qu'elle détermine présentent des caractères assez particuliers, et, d'autre part, les individus qui en sont affectés ont le plus souvent une physionomie qui trahit la nature du mal qui leur a été transmis. L'état du système dentaire, et surtout la modification subie par les deux incisives supérieures, l'aplatissement du nez, l'opacité des cornées (kératite chronique), constituent un ensemble symptomatique des plus importants. A ces manifestations isolées ou réunies s'ajoutent, dans maintes circonstances, une taille petite et un certain degré d'arrêt de développement. Joint à la description analytique qui précède, ce résumé synthétique est suffisant, je l'espère, pour que l'on sache reconnaître si un individu malade est atteint de syphilis, et si cette syphilis est acquise ou héréditaire. L'aperçu succinct des analogies et des différences de cette maladie avec celles qui s'en rapprochent le plus, maladies virulentes, toxiques et constitutionnelles, servira de complément à cette étude.

Au début des accidents secondaires, il existe quelquefois une réaction générale de l'organisme avec céphalalgie, courbature, prostration des forces, tous symptômes qui peuvent faire croire à une fièvre typhoïde, et cela d'autant mieux qu'ils sont très-souvent accompagnés d'anorexie et d'épistaxis. Mais ce n'est là qu'une ressemblance de courte durée, et quelques jours suffisent pour dissiper tous les doutes. Une analogie plus intime, et par conséquent une difficulté de diagnostic plus grande, se rencontre à l'égard de la syphilis et des fièvres éruptives, de la variole principalement. Non-seulement ces maladies sont inoculables, mais elles présentent des phases d'évolution presque identiques, au point que l'étude nosographique qui précède est pour ainsi dire calquée sur la description de la variole inoculée. Dans chacune de ces mala-

dies on observe une période d'incubation, une période d'éruption locale et une période d'éruption générale précédée de phénomènes généraux (période d'invasion). Là s'arrête l'analogie pour la syphilis commune, dont la marche se continue par des manifestations qui ne se retrouvent plus dans la variole, mais non pour la syphilis galopante ou aiguë, dont l'éruption suppurative, comme l'éruption variolique, n'est pas toujours suivie d'accidents ultérieurs. En somme, ce qui au point de vue de la clinique distingue ces maladies, c'est, avec la différence des lésions, la plus ou moins grande rapidité de la marche. Tandis qu'il suffit de quelques semaines à la variole et à toutes les fièvres éruptives pour accomplir leur évolution, la syphilis a, en général, plusieurs années de durée. L'incubation de la variole inoculée est, comme on sait, de sept à huit jours ; pour l'incubation de la syphilis il faut compter un mois environ. L'invasion de la variole est de trois jours, celle de la syphilis, au contraire, peut être de quinze jours ; même différence proportionnelle dans les périodes d'éruption locale et d'éruption générale ; les accidents locaux qui font partie de chacune de ces périodes ont enfin une modalité propre, et la réaction générale qui les accompagne est très-distincte. Cette réaction, pour ainsi dire toujours en rapport avec le degré d'acuïté et la durée des accidents, est beaucoup moins vive dans la syphilis que dans la variole, circonstance importante à connaître dans les cas de diagnostic douteux.

Beaucoup plus que les fièvres éruptives, la morve et le farcin se rapprochent de la syphilis, et ce n'est certainement pas sans quelque motif sérieux que Van Helmont faisait naître la vérole (1) « du commerce abominable de quelque homme avec une jument attaquée de farcin ». L'opinion que la syphilis peut provenir de la morve a du reste trouvé des défenseurs dans ces derniers temps (2) ; on a cherché à la fonder sur ce fait qui n'est rien moins que prouvé, à savoir que la morve est apparue au siége de Naples en même temps que la syphilis. En 1776, Jalouset (3), chirurgien à Châtillon-sur-Loing, frappé de l'analogie des deux maladies, essaya de leur appliquer le même traitement ; il envoya à la Société royale de médecine l'observation d'un cheval atteint de farcin qui, après cinq mois d'un traitement inutile, avait fini par guérir à la suite de l'emploi de la liqueur de Van Swieten. Dans ces derniers temps, les études de Rayer et de Tardieu sur la morve et le farcin ont encore mieux dévoilé la ressemblance de la syphilis avec ces maladies. « Parmi les affections connues, je ne saurais mieux comparer la syphilis qu'à la morve et au farcin, écrit Virchow, et ceci à cause de la diversité des altérations locales, de la multiplicité des organes et des tissus attaqués, de la succession des manifestations (4). » Je ne connais rien, pour mon compte, qui, à l'œil nu comme à l'examen microscopique, se rapproche autant des lésions syphilitiques que certaines altérations farcineuses. Les testicules d'un cheval affecté de morve chronique m'ont présenté une analogie j'oserais presque dire parfaite avec les tumeurs gommeuses de ce même organe chez l'homme.

(1) *Tumulus pestis*, à l'art. *Peregrina lues nova*.
(2) Voyez Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 2e édit,, p. 136. — *Letlre* du Dr Beau.
(3) *Histoire et Mémoires de la Société royale de méd.*, Paris, 1776, p. 241.
(4) Virchow, *Syphilis constitutionnelle*, p. 176.

Malgré ces rapprochements, l'identité ou même la parenté de la syphilis avec la morve ne reste pas moins à démontrer. Ces deux maladies présentent, dans leur source, dans leur évolution et dans quelques-unes de leurs manifestations, des différences tranchées. La morve nous vient des solipèdes, chez qui elle se développe spontanément dans des conditions données ; son incubation, bien que jusqu'ici assez mal déterminée chez l'homme, paraît moins longue cependant que celle de la syphilis, elle a été de quelques jours seulement dans un fait rapporté par A. Bérard. Les prodromes ont, dans les deux maladies, il est vrai, des caractères assez semblables. « Les douleurs prodromiques du farcin chronique, dit le professeur Tardieu, sont ordinairement générales ; c'est un sentiment de brisement de tout le corps avec des éclairs de douleurs qui traversent les muscles du tronc, et principalement du dos et des lombes. » Mais les exacerbations nocturnes de la syphilis font complétement défaut dans la morve. Quant aux éruptions, elles ne montrent pas dans cette dernière maladie la régularité de marche que l'on observe dans la syphilis, elles sont suppuratives et envahissent presque invariablement la membrane de Schneider, la muqueuse des voies aériennes et la surface de la peau, sans présenter jamais la diversité de forme des éruptions syphilitiques. Les lésions plus profondes des articulations et des muscles sont moins circonscrites dans la morve que dans la syphilis ; elles se font remarquer aussi par une plus grande tendance à la suppuration. L'évolution est d'ailleurs toujours plus rapide dans la première que dans la dernière de ces maladies.

La *spedalskhed* ou éléphantiasis des Grecs (lèpre du moyen âge) est, comme la syphilis, une maladie à longue échéance, qui se traduit par des lésions tuberculeuses de la peau et des viscères et donne lieu à des troubles variés. Constituées par des éléments histologiques embryonnaires, peu différents de ceux de la syphilis, ces lésions tuberculeuses diffèrent fort peu des gommes, mais on les trouve plus fréquemment peut-être à la surface interne des cavités séreuses et dans le tissu conjonctif sous-péritonéal ; le ramollissement qu'elles subissent occupe du même coup toute leur étendue. Des éruptions de taches foncées, lie de vin, irrégulièrement arrondies, jointes à un état de malaise, de courbature, de frissonnement et de fièvre, constituent les premiers symptômes de la spedalskhed. Apparaissent ensuite de petites tumeurs molles, rougeâtres ou livides, qui varient, pour le volume, entre la grosseur d'un pois et celle d'une noix ; elles ont une forme irrégulière et mamelonnée, et la face est leur siége de prédilection. Elles intéressent toute l'épaisseur de la peau et sont ordinairement douées de sensibilité, tandis que les taches qui les précèdent en sont toujours dépourvues. Des lésions analogues se montrent du côté des muqueuses de la bouche, du nez, du pharynx et du larynx principalement. Dans une autre forme de la spedalskhed, forme anesthésique, les symptômes précurseurs consistent en des bulles de pemphigus remplies d'une sérosité louche et lactescente. Ces bulles, comme les taches de la précédente période, se reproduisent à plusieurs reprises ; plus tard arrive l'anesthésie, qui se fait remarquer dans les interstices des doigts et des orteils. Les poils tombent fréquemment, les ongles s'altèrent, les phalanges se nécrosent, les sens faiblissent ou s'éteignent ; en dernier lieu surviennent des paralysies du

mouvement qui paraissent dues aux exsudations des méninges rachidiennes et à la sclérose de la moelle épinière.

Malgré un certain degré de ressemblance, les deux maladies diffèrent d'une façon notable. La spedalskhed n'est pas contagieuse comme la syphilis, ce fait est aujourd'hui hors de doute; elle ne commence pas, comme cette dernière, par une lésion locale. D'ailleurs les taches syphilitiques sont d'un rouge cuivré, sans élévation et sans altération de la sensibilité, tandis que les taches de la lèpre sont d'un rouge obscur, élevées au-dessus de la peau, un peu déprimées au centre, luisantes, comme huileuses, enfin très-souvent frappées d'insensibilité. Les tubercules syphilitiques, plats et cuivrés, sont en général beaucoup plus durs, plus développés et plus nombreux que les tubercules de la lèpre, qui sont de couleur fauve et bronzée. Enfin les ulcérations de l'éléphantiasis des Grecs, recouvertes de croûtes brunâtres, reposent sur une base ordinairement molle, tandis que les ulcères de la syphilide tuberculeuse ont des bords irréguliers et taillés à pic, un fond grisâtre et un cercle d'induration autour de leur base (1). Le diagnostic des localisations viscérales de la spedalskhed et de la syphilis repose en partie sur la connaissance des commémoratifs. L'alopécie lépreuse se distingue de l'alopécie syphilitique en ce qu'elle ne s'observe que sur les endroits de la tête frappés par la maladie.

Les maladies qui, dans la classe des intoxications, demandent à être comparées à la syphilis, sont le mercurialisme, l'iodisme et l'alcoolisme. La distinction à établir entre ces maladies et la syphilis est de la plus grande importance, si l'on désire éviter d'attribuer aux remèdes ou à l'hygiène ce qui appartient au mal, et réciproquement. Disons que, sous ce rapport, des erreurs ont été souvent commises.

L'intoxication mercurielle, quel que soit d'ailleurs le mode de pénétration de l'agent chimique, produit parfois des accidents qui ne sont pas sans analogie avec ceux de la syphilis secondaire : éruptions cutanées, ulcères de la bouche, de la langue, du pharynx, nécrose des os maxillaires, tremblement et diarrhée. Mais les éruptions mercurielles, aiguës et ordinairement fugaces, sont constituées par des érythèmes ou des vésicules, tandis que les éruptions syphilitiques, plus fixes et tenaces, se montrent fréquemment sous forme de pustules ou de tubercules. Celles-ci sont toujours et nécessairement précédées de l'accident primitif, celles-là le sont dans les cas seulement où le mercure est employé à combattre les effets de la syphilis. Les premières se manifestent presque constamment en même temps qu'une salivation plus ou moins considérable des gencives, tandis que les dernières ne présentent jamais ces phénomènes. Les ulcérations mercurielles ont pour siége d'élection les gencives, la commissure des mâchoires, le bord libre de la langue, la face interne des joues, rarement le pharynx et les parties génitales. Les ulcérations syphilitiques occupent de préférence le voile du palais, les membranes muqueuses

(1) Consultez : D. C. Danielssen et W. Boëck, *Traité de la spedalskhed ou éléphantiasis des Grecs*, trad. fr. par Colson. Paris, 1848. — J. H. Guérault, *Observ. méd. recueillies pendant le voyage de son A. I. le prince Napoléon dans les mers du Nord.* Thèse de Paris, 1857. — Gibert, *Traité des maladies de la peau et de la syphilis*, 3e édit., t. II, p. 30.

des fosses nasales et du larynx, très-fréquemment les parties génitales. Les ulcérations produites par le mercure, étalées, recouvertes d'une sorte de pellicule pseudo-membraneuse, sont accompagnées d'une fétidité particulière et pour ainsi dire constante de l'haleine. Les autres, mieux circonscrites, ont plus d'analogie avec les ulcérations ordinaires.

Certaines lésions osseuses sont encore des accidents communs aux deux maladies ; mais tandis que dans la syphilis ces lésions sont des effets directs de l'état morbide général et peuvent atteindre différents os, dans l'intoxication par le mercure elles sont des phénomènes consécutifs à la stomatite et restent généralement limitées aux deux mâchoires. La cachexie, enfin, offre des caractères distincts, suivant qu'elle est produite par l'agent mercuriel ou par l'agent syphilitique ; rapide dans le premier cas, elle est lente et chronique dans le second. Avec le mercurialisme, pâleur et décoloration des téguments, bouffissure de la face, œdème des extrémités, épanchements passifs dans les cavités séreuses, diarrhée habituelle, parfois hébétude et tremblement (1). Dans la syphilis, cachexie toujours tardive, le plus souvent liée à des lésions des viscères, peau sèche, écailleuse, bronzée plutôt que pâle, amaigrissement

(1) Afin de montrer la réalité de ce tableau, je rapporterai l'observation suivante, qui est un cas de mort dû en grande partie à la médication mercurielle, car non-seulement les phénomènes qu'on y observe paraissent se rapporter à l'hydrargyrisme, mais on n'y trouve aucune lésion matérielle pour rendre compte de la cachexie et expliquer la mort.

CACHEXIE MERCURIELLE ET MORT.

A. V. M..., couturière, âgée de vingt-cinq ans, présente, pour la première fois, en 1868, des lésions des parties génitales. Dans le courant de la même année elle s'aperçoit d'une éruption généralisée de la peau, pour laquelle elle séjourne trois mois à l'hôpital de Lourcine. En 1869, survient une nouvelle éruption qui est traitée dans le même hôpital pendant deux mois. Malgré un traitement mercuriel continué à la sortie de l'hôpital, une iritis apparaît vers la fin de 1869, et laisse à sa suite un rétrécissement de la pupille. Le 15 avril 1870, cette malade demande son admission à l'Hôtel-Dieu, elle se plaint d'une faiblesse générale sans localisation morbide spéciale. Appelé à lui donner des soins dans le cours du mois de juillet, je suis frappé de son extrême pâleur d'une légère bouffissure et d'une faiblesse de la vue, qui me firent soupçonner tout d'abord une affection rénale. Il n'en était rien, les urines n'étaient pas rendues en plus grande abondance, elles ne renfermaient point d'albumine. Une céphalée habituelle, des étourdissements, de l'insomnie et un tremblement des membres supérieurs semblable au tremblement alcoolique, si ce n'est qu'il offrait la même intensité le soir et le matin, puis un certain degré d'obtusion des facultés intellectuelles, me conduisirent, vu les antécédents de la malade, à soupçonner une affection syphilitique des centres nerveux. Pour un instant, je donnai ce diagnostic comme probable, et je prescrivis l'iodure de potassium. Cependant la sensibilité était conservée, on ne constatait aucune trace de paralysie, excepté du côté de la vessie ou la miction était souvent involontaire. La malade avait une diarrhée incoercible et rebelle, formée de matières jaunâtres. Cette diarrhée m'obligea bientôt à suspendre l'emploi de l'iodure de potassium et à me contenter d'administrer des astringents et des toniques. Vers le 1er septembre, l'affaiblissement était extrême, la malade mangeait à peine, sa pâleur et sa bouffissure étaient considérables (malgré l'absence de l'albuminurie) ; enfin il lui survint des ulcères dans la bouche, de la fièvre, et le 11 elle s'éteignait.

L'autopsie montra que les centres nerveux étaient simplement pâles et décolorés, un peu mous ; les vaisseaux, pas plus que la substance nerveuse, ne présentaient d'altération. Poumons un peu œdématiés à leurs bases. Cœur normal, légèrement décoloré ; foie un peu volumineux et gras, sans autre altération ; reins volumineux, décolorés ou de teinte cireuse ; rate normale. Le pancréas est l'organe qui paraît le plus altéré, il est granuleux, d'un jaune clair, et cet aspect résulte à la fois de l'épaississement de son tissu interstitiel et d'un léger degré de stéatose de ses acinis. L'estomac et l'intestin ont leur muqueuse pâle, mais nullement ulcérée ; l'utérus, sain, adhère au cul-de-sac péritonéal.

et marasme. Inutile de rappeler que certains auteurs (1), même dans ces derniers temps, ont prétendu que la plupart des symptômes tertiaires de la syphilis étaient la conséquence d'un traitement mercuriel. C'est là une opinion qui n'est nullement fondée pour qui connaît la syphilis et l'intoxication par le mercure.

L'iode et même l'iodure de potassium, administrés sans discernement et sans réserve, peuvent être la cause d'accidents qui ne sont pas sans analogie avec ceux de la syphilis (2). En même temps qu'ils activent la circulation, ces agents sont susceptibles de produire, du côté de la peau, des éruptions érythémateuses, papulo-pustuleuses ou vésiculeuses; du côté des muqueuses, une congestion intense qui se localise de préférence aux fosses nasales (coryza), au pharynx et à la conjonctive. Ces diverses manifestations, auxquelles s'ajoutent un certain degré de maigreur et de décoloration des téguments, une céphalalgie frontale parfois intense, des palpitations, des étourdissements, des bourdonnements et une sorte d'ivresse, sont suffisantes, dans certaines circonstances, pour prêter à l'erreur, surtout quand elles se rencontrent chez des individus atteints de syphilis. Effectivement, la syphilis secondaire, à son début, se montre avec un ensemble symptomatique peu différent : céphalalgie, courbature, insomnie, légère accélération du pouls, éruptions érythémateuses ou papuleuses; mais, l'état général de cette maladie, contrairement à celui de l'iodisme, est passager, et les éruptions syphilitiques, fixes et tenaces, revêtent des caractères parfaitement tranchés. Il suffit donc de connaître la possibilité de l'erreur pour savoir l'éviter.

L'alcoolisme chronique, sous certains rapports, se rapproche de la syphilis ; comme celle-ci, il est caractérisé anatomiquement par des lésions non suppuratives intéressant la trame conjonctive des organes, symptomatiquement par des troubles variés et une cachexie spéciale (3). L'alcoolisme, toutefois, ne donne jamais lieu comme la syphilis à des lésions circonscrites et destructives, il produit toujours des lésions diffuses avec tendance à une organisation définitive. Dans ces deux maladies dont le point de départ est si différent, l'évolution symptomatique est aussi fort dissemblable, et le mode des symptômes très-distinct. Il n'arrivera jamais de confondre l'anesthésie alcoolique avec celle qui peut résulter d'une lésion syphilitique.

A une certaine période de son existence, la syphilis offre une grande ressemblance avec les maladies constitutionnelles : comme ces maladies, elle se fait remarquer par la dissémination et l'uniformité des lésions, par la multiplicité et la variété des symptômes, elle a une durée indéterminée, une marche progressive.

La scrofulose, de même que la syphilis, procède par périodes distinctes : au

(1) Hermann, *Die Behandlung der Syphilis ohne Mercur*, Wien, 1857, et d'autres auteurs que nous citerons plus loin.

(2) Consultez : Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, t. I, 1855. — Rilliet, *De l'iodisme constitutionnel*, dans *Gaz. hebd. de médec. et de chirurgie*, 1860. — Voyez la discussion académique élevée au sujet de ce mémoire, *Bulletins de l'Académie de médecine* (même année).

(3) Voyez, dans *Dictionn. encyclopéd. des sciences médicales*, Paris, 1865, t. II, notre art. Alcoolisme.

début, affections superficielles du système tégumentaire ; plus tard, affections profondes laissant à leur suite des traces indélébiles, adénopathies particulières, puis lésions des os, des articulations, des muscles et des viscères. Dans les deux maladies, le tissu connectif et les glandes lymphatiques sont les parties spécialement affectées ; mais, tandis que les lésions suppuratives sont à peu près nulles dans la syphilis, elles sont fréquentes, au contraire, dans la scrofulose. Ce caractère, déjà marqué dès les premières manifestations, continue quelquefois de se montrer pendant tout le cours de la maladie. L'impétigo, l'ecthyma, l'abcès froid, l'ostéite suppurative, les masses fongueuses des synoviales articulaires des scrofuleux diffèrent notablement, à ce point de vue, des papules, des tubercules et des gommes syphilitiques de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, comme aussi des modifications spécifiques des os et des articulations (1). Il n'y a pas jusqu'aux lésions viscérales qui n'aient des caractères distincts dans les deux maladies ; la dégénérescence amyloïde est d'un autre côté beaucoup plus fréquente dans la scrofulose que dans la syphilis. Le siége des localisations morbides est d'ailleurs fort différent, car, à ne prendre que les lésions osseuses, tandis que celles qui reconnaissent une origine syphilitique siégent dans la continuité des os, les autres occupent de préférence leurs extrémités. Les cicatrices mêmes sont reconnaissables dans ces deux espèces pathologiques : inégales, bridées, profondes, en cul de poule et colorées dans la scrofulose, elles sont en général blanches, lisses, plus régulières et plus superficielles dans la syphilis, où elles affectent quelquefois une disposition en demi-cercle. La tuberculose diffère de la syphilis par le siége de ses manifestations. Le foie est pour cette dernière ce qu'est le poumon pour la première. La lésion syphilitique d'un viscère quelconque indique presque nécessairement une lésion hépatique analogue.

Plusieurs manifestations rapprochent le rhumatisme de la syphilis : éruptions cutanées, lésions tendineuses, périostiques, cardiaques, etc., ne diffèrent souvent des affections syphilitiques ayant même siége que par la douleur plus vive qui les accompagne et par une plus grande mobilité. Quelques-unes des lésions du rhumatisme ont même une grande analogie de structure avec les altérations de la syphilis. Rien ne ressemble plus à une tumeur gommeuse que ces artérites partielles dont le produit est connu sous le nom d'*athérome*. La différence capitale est dans le siége de la localisation anatomique ; ainsi les valvules cardiaques et les vaisseaux artériels, fréquemment affectés dans le rhumatisme, le sont au contraire d'une façon exceptionnelle dans la syphilis. L'état de cachexie propre à chacune de ces maladies est d'ailleurs tout à fait distinct, ce qu'expliquent suffisamment les causes qui le produisent. Dans le rhumatisme, la cachexie, d'ordinaire sous la dépendance d'une lésion cardiaque, est principalement caractérisée par des congestions passives, des infiltrations séreuses du tissu cellulaire sous-cutané et des cavités splanchniques ; dans la syphilis, ce même état, lié en général aux modifications subies par les glandes hémopoiétiques, se révèle par un amaigrissement progressif et le marasme.

Moins que les maladies dont nous venons de parler, la goutte mérite d'être

(1) Voyez, Bazin, *Leçons sur la scrofule*. Paris, 1863.

comparée à la syphilis ; cependant il n'est pas sans à propos de rappeler les signes distinctifs qu'a donnés des douleurs de la syphilis et de la goutte un auteur très-recommandable : « Et quant aux douleurs syphilitiques, dites gouttes, écrit A. Paré (1), elles diffèrent de celles qui sont vulgaires (la goutte proprement dite), car les vulgaires ont certaines périodes et paroxysmes, et celles de la vérole sont presque continuelles. En outre, les gouttes vulgaires demeurent quelquefois non-seulement cinq ou six ans au plus cachées en un corps, mais aussi toute la vie d'un homme, vivant de bon régime, sans qu'il s'en ressente, et toutefois les enfants issus de lui en seront affligés ; ce qui n'est pas ainsi de celles de la vérole. Car on les voit ordinairement guérir avec toutes leurs racines, sans jamais récidiver de père en fils. Davantage les gouttes qu'on appelle naturelles occupent les jointures, et y causent des nodus, dedans lesquels on trouve une matière pierreuse et gypseuse, et celles de la vérole occupent le milieu des os, les rendant carieux et pourris. »

La diathèse cancéreuse ne procède pas, comme la syphilis, par périodes successives ; aussi celles de ses manifestations qui pourraient faire croire à des lésions syphilitiques tertiaires ne sont jamais précédées des affections que nous avons rapportées aux phases initiales de la syphilis. Elles surprennent habituellement des organismes sains, au moins en apparence. En outre, les affections cancéreuses diffèrent des localisations de la syphilis par leurs caractères histologiques.

§ 2. — Pronostic.

Nous avons, dans la partie nosographique de ce travail, fait connaître le degré de gravité de chacune des nombreuses manifestations morbides de la syphilis ; seul, le pronostic local nous a occupé, il reste maintenant à parler du pronostic, non plus de telle ou telle modification isolée, mais de la maladie considérée dans son ensemble. Que la syphilis soit une maladie sérieuse, c'est un fait qui n'est pas contestable ; mais pourquoi et dans quelles conditions ? enfin, est-il possible de prévoir sa gravité ? telles sont les questions qui se présentent à notre examen.

L'accident primitif et ses manifestations ne mettent qu'exceptionnellement l'existence en danger ; mais les affections viscérales, les cicatrices ou les difformités qui peuvent résulter d'une lésion toute locale, la possibilité d'une transmission par contagion ou par hérédité, sont des circonstances qui, pour l'individu comme pour la famille ou même pour la société, font de la syphilis une maladie redoutable. Plus les lésions viscérales sont profondes, étendues et anciennes, plus aussi la syphilis doit inspirer de craintes, et ces craintes doivent être d'autant plus grandes que l'organe intéressé est plus essentiel à la vie. C'est dire que les affections syphilitiques des canaux aériens, du cœur et du cerveau, sont celles qui compromettent le plus l'existence, pouvant, dans certains cas, amener une mort rapide, sinon subite. Les lésions hépatiques, quoique moins à redouter, sont loin d'être sans danger, tant par l'ascite qu'elles produisent que par les hémorrhagies et la cachexie qui les

(1) A. Paré, *Œuvres*, liv. XIX, ch. v, p. 446, Lyon, 1652, et édit. Malgaigne.

accompagnent. On peut en dire autant des affections des glandes vasculaires sanguines, qui mènent également à la cachexie, au marasme, et placent l'organisme dans les conditions les plus favorables au développement des complications ultimes, la pneumonie et l'érysipèle.

Dans la plupart des cas, en l'absence même de toute manifestation, la syphilis peut être regardée comme l'épée de Damoclès, qui n'attend que l'occasion de frapper de nouveau l'individu qu'elle a déjà blessé. Après sa guérison, elle laisse souvent des adhérences anormales, des cicatrices plus ou moins gênantes, l'accolement du voile du palais au pharynx, des rétrécissements plus ou moins considérables du larynx, de la trachée ou des bronches; la face, d'un autre côté, peut être le siége de difformités repoussantes. De plus, la syphilis est communicable par contact, et maintes fois on a vu un seul individu devenir une sorte de foyer épidémique et faire ainsi courir un véritable danger à tout son entourage. C'est dans de semblables conditions surtout que cette maladie est un fléau social. Enfin, la syphilis rend l'enfant solidaire de l'infection contractée par l'auteur de ses jours, et sous ce rapport elle doit être considérée comme l'un des plus tristes priviléges attachés à l'espèce humaine. Que d'enfants malingres, chétifs, dégénérés ou voués à une mort certaine pour avoir hérité de ce mal! Que de familles éteintes pour n'avoir pas échappé à ce fléau de la reproduction!

Semblable aux mauvais génies, la syphilis héréditaire n'attend pas toujours que sa victime ait vu le jour; trop souvent elle tue l'enfant dans le sein de sa mère, ou peu de temps après sa naissance, et dans tous les cas elle le laisse exposé tôt ou tard à des affections sérieuses. L'observation nous apprend, à cet égard, que le danger est d'autant plus grand que l'infection est plus rapprochée du moment de la conception, comme si l'action funeste du virus allait en s'affaiblissant peu à peu. Après un accouchement à terme, les enfants nés vivants ont chance de continuer de vivre (Bertin). Cette règle cependant est loin d'être absolue; mais en général, plus tôt la syphilis se développe après le moment de la conception, plus elle est à redouter. Presque jamais elle ne pardonne au fœtus; l'enfant nouveau-né peut lui échapper, et plus tard elle n'est pas incompatible avec une longue existence, l'adulte parvient quelquefois à surmonter le mal dont ses parents n'avaient pu se débarrasser. De cette façon on voit finir certaines maladies héréditaires lorsque la stérilité ou la mort de tous les produits n'a pas conduit à une extinction complète de la famille. Les statistiques suivantes, qu'il y a lieu de considérer comme un peu exagérées, peuvent néanmoins donner une idée de la gravité de la syphilis héréditaire. La mortalité par la syphilis étant, en 1847, de 565 pour toute la Grande-Bretagne, il y eut sur ce nombre 265 enfants au-dessous d'un an (1). A Lyon, le docteur Gay a trouvé, pour l'année 1851, que sur un total de 5327 décès, 19 avaient eu lieu par la syphilis, dont 15 se rapportaient à des individus au-dessous de dix ans (2). La syphilis du père et celle de la mère retentissent avec une intensité à peu près égale sur le produit de la conception (3). Quelques auteurs toute-

(1) Hunt, *On syphilitic eruptions*. London, 1854.

(2) Citat. de Diday, *Exposit. théor. et prat. des nouv. doctr. sur la syphilis*, Paris, 1858, p. 381, in-12.

(3) Voy. Baerensprung, *Hereditäre Syphilis*. Berlin, 1864.

fois attribuent une influence plus fâcheuse à la syphilis maternelle. Cette influence, suivant Pick (1), est très-défavorable : dans 108 cas de syphilis transmise par la mère, 17 enfants naquirent avant terme, 44 à terme ; 11 parmi les 17 premiers et 3 parmi les derniers étaient mort-nés. Des 47 enfants vivants, 4 seulement vécurent plus de trois mois, le sort de 2 fut inconnu ; pour les autres, au nombre de 41, la durée moyenne de la vie fut de vingt-six jours, la durée la plus courte de une heure, la durée la plus longue de quatre-vingt-dix jours. Ainsi la syphilis diminue le nombre des naissances ; elle fait périr l'enfant en bas âge ; sinon, elle ne lui pardonne pas encore ; plus tard, elle peut l'atteindre, et dans tous les cas elle modifie plus ou moins sa manière d'être. Effectivement, il y a des raisons sérieuses pour regarder la syphilis comme l'une des causes de l'amoindrissement des forces, de la diminution de la taille et de la dégénérescence de certaines familles.

L'âge, le sexe, les influences hygiéniques et météorologiques, telles sont les conditions qui, si elles ne changent complétement le pronostic de la syphilis, le modifient au moins quelque peu. Dans le jeune âge, la syphilis, comme l'a observé le docteur Roger, est toujours plus aiguë et plus grave, elle offre quelquefois le cachet de la malignité ; le sexe la modifie peu, mais une mauvaise hygiène, une alimentation insuffisante, la malpropreté, l'oisiveté et la débauche ont une action évidente sur son degré de gravité. L'encombrement, la fatigue, la tristesse, toutes les causes débilitantes en un mot, ont une influence nuisible manifeste sur cette maladie. Des faits nombreux établissent que les changements brusques de température et l'humidité peuvent exercer aussi une influence fâcheuse sur la syphilis, et lorsqu'elle est compliquée d'une autre affection, cette maladie est souvent plus difficile à guérir. Il en est de même lorsqu'elle a subi sans succès un traitement approprié.

Le pronostic de la syphilis varie en outre suivant la forme qu'elle revêt ; peu sérieuse dans la forme bénigne, cette maladie est déjà grave dans la forme commune, plus grave encore dans la forme maligne. Relativement aux périodes, la dernière seulement est de nature à donner de grandes inquiétudes, les autres en général compromettent peu l'existence.

Des indications pronostiques moins importantes et pourtant intéressantes à connaître se tirent de la modalité symptomatique. En traitant du chancre, nous avons fait remarquer que les caractères de cette manifestation peuvent servir au pronostic général de la maladie. Effectivement, selon qu'il est plus ou moins fortement induré, qu'il est ou qu'il n'est pas phagédénique ou gangréneux, cet accident présente une signification pronostique différente, et, sans vouloir partager les opinions par trop absolues de Carmichael et de quelques autres syphiligraphes, il faut néanmoins reconnaître que la modalité particulière du chancre révèle la susceptibilité de l'organisme à l'action du virus. Avec un chancre très-induré, et à plus forte raison avec un chancre phagédénique ou gangréneux, il y a à craindre des syphilides pustuleuses ou ulcéreuses graves, des accidents sérieux du côté des muqueuses. Telle est du moins, semble-t-il, la conséquence légitime déduite de la statistique dressée par Basse-

(1) Voy. *Schmidt's Jahrb.*, t. CXX, p. 194.

reau (1). Sur 68 cas de syphilide pustuleuse, cet auteur a trouvé : érosions chancreuses, 3 ; ulcérations attaquant au moins toute l'épaisseur de la membrane tégumentaire et variant de la grandeur d'une lentille à celle d'une pièce de un franc, 41 ; chancres phagédéniques, 20 ; chancres phagédéniques serpigineux, 4.

Les syphilides, suivant quelques observateurs, peuvent avoir une valeur pronostique au moins égale à celle du chancre. « Quand on veut juger d'avance la gravité d'une vérole et prévoir les désordres qu'elle est capable de produire ultérieurement, *la première syphilide*, écrit Diday (2), est le signe le plus précieux auquel on puisse s'attacher. En effet, le plus ou moins d'intensité des prodromes n'accuse guère que le plus ou moins de force de résistance dont la constitution du sujet est douée... Seule la syphilide, grâce à la forme très-variable et très-accusée sous laquelle elle se manifeste, arrive à donner une juste idée de ce que sera la syphilis dont elle marque le début. Avec une roséole pure et simple, restant telle pendant toute sa durée, n'affectant en aucun point la tendance à papuler, s'effaçant en dix ou quinze jours, vous avez beaucoup à espérer ; la cure spontanée est presque certaine. Mais le contraire n'est pas moins vrai, et, au temps de mes premiers essais, je me rappelle avoir été deux fois sur le point de regretter d'avoir voulu ne lutter que par des médications non spécifiques contre une vérole dont la première poussée à la peau avait été papuleuse et squameuse. Les syphilides vésiculeuse et pustuleuse comportent, elles aussi, bien entendu, un pronostic grave. » Évidemment nous ne pouvions passer sous silence ces intéressantes remarques de l'un des syphiligraphes les plus estimés de notre époque, et si nous ne leur donnons pas tout notre assentiment, dans l'idée que de nouvelles recherches sont encore nécessaires sur un point si délicat, nous n'en félicitons pas moins notre confrère lyonnais d'être entré l'un des premiers dans une voie tout à fait pratique et qui, certes, promet d'être utile.

Il se présente ici une question plusieurs fois agitée, celle de savoir si, depuis la fin du XVIe siècle jusqu'à nos jours, la syphilis est en décroissance et tend à disparaître. Pour la résoudre, établissons d'abord la gravité primitive de cette maladie. Or, voici la description qu'en donnait Catanée en 1505 : « Monstruosus morbus fœtiditate magna, innumeris pustulis, ulceribus per totam faciem universumque corpus, magna etiam sævitia dolorum noctu præsertim humanum genus affligens lacerausque nodositatibus, instar lapidum, plerosque debiles et mancos effecit, et taliter in humanum genus grassatus est ut quodcumque genus mortis potius eligendum sit. » Vigo, parlant des douleurs qui survenaient aux syphilitiques, écrivait : « Doloribus clamosis laborant. » Nous connaissons la relation de Fracastor, nous savons qu'avec la plupart des auteurs du XVIe siècle, il admet déjà de son temps une diminution dans l'intensité du mal (3). A. Paré se range à cette opinion. « La vérole du temps présent, dit-il, est beaucoup moins cruelle et plus aisée à guérir qu'elle n'était du temps passé de son premier commencement ; car elle s'adoucit de jour en jour évi-

(1) Bassereau, *Traité des affect. de la peau sympt. de la syphilis*, p. 442. Paris, 1852.
(2) Diday, *Histoire natur. de la syphilis*, p. 119. Paris, 1863.
(3) Voyez l'Historique, p. 18 de ce livre.

demment (1). » Astruc n'hésite pas à partager ce sentiment ; et alors, pourquoi ne pas nous en rapporter à ces auteurs dignes, à tous égards, de notre confiance, et comment ne pas reconnaître avec eux qu'il y a eu décroissance dans l'intensité de la syphilis, quand surtout certains syphiligraphes, au nombre desquels se trouve Diday, admettent la diminution de force du virus, qu'ils attribuent au fait de sa migration successive d'individu à individu ? C'est là, à notre sens, un point difficile à juger, car si la syphilis de nos jours n'est pas comparable à celle de l'épidémie de Naples, la raison en tient peut-être simplement aux différences des conditions hygiéniques. La gravité des endémo-épidémies syphilitiques qui ont sévi depuis la fin du xve siècle est au moins un fait qu'il est possible d'invoquer à l'appui de cette manière de voir. Si dans ces épidémies la syphilis est plus intense et plus maligne, c'est en vertu de certaines causes accessoires qui ont présidé à son extension, et ainsi il n'est pas prouvé et il ne peut être admis sûrement que la syphilis soit moins grave aujourd'hui qu'elle ne l'était au plus triste moment de son existence. L'induction tirée de l'affaiblissement du vaccin manque de base solide, et d'ailleurs elle est sans valeur, puisque cet affaiblissement peut tenir, non pas à la répétition des transmissions, mais au transport du virus d'une espèce à une autre espèce. Au demeurant, sans vouloir soutenir avec la même rigueur que Rollet la proposition que la syphilis ne s'est nullement affaiblie depuis son origine, nous pensons que si elle a diminué dans son intensité, ce n'est pas de façon à faire concevoir, ainsi qu'il est arrivé à quelques auteurs, le doux espoir de voir un jour cette maladie s'éteindre d'elle-même. Aussi, à ce sujet, sommes-nous de l'avis de Fernel, qui écrivait : « Nisi Deus opt. max. sua clementia ipse exstinguat, aut effrenem hominum libidinem temperet, nunquam extinctum iri, sed fore humano generi comitem et immortalem crediderim (2). »

(1) Ambr. Paré, *Œuvres*, t. II, p. 533, édition Malgaigne, Paris, 1840, et éd. Lyon, 1652.
(2) Fernel, *De luis venereæ curatione perfectissima liber*, cap. II. — Voyez *Aphrodisiacus* de Gruner, p. 143.

QUATRIÈME PARTIE

ÉTIOLOGIE

CHAPITRE PREMIER

§ 1. — Cause efficiente. — Le virus syphilitique.

Des opinions diverses ont été émises touchant la cause efficiente de la syphilis. Les premiers médecins qui firent connaître cette maladie, soumis aux idées astrologiques de leur temps, ne manquèrent pas de faire intervenir dans sa genèse l'influence des astres. C'est ainsi que P. Pinctor (1), Grunbeck (2), P. Maynard, etc., se demandent à quelle influence stellaire ou à quelles conjonctions planétaires on doit l'apparition de ce fléau. Leonicenus l'attribue aux inondations de 1493. D'autres auteurs, imbus des théories humorales ou galéniques, admettent, avec N. Massa (3), que ce mal a sa source dans une disposition particulière du foie, une sorte de métastase de matière bilieuse sur les parties génitales. Peu à peu, et à mesure que l'on reconnut l'influence des rapprochements sexuels dans la propagation de la maladie, ces premières idées furent abandonnées. L'un des contemporains de l'épidémie de Naples, Al. Benedetti, indiqua comme principe de la contagion syphilitique une cause spéciale, une *teinture vénérienne*, dont il plaça l'origine dans l'altération des humeurs exhalées par les organes génitaux de la femme. Paracelse, qui, l'un des premiers, adopta la dénomination de *lues venerea* donnée par Béthencourt, devina presque la véritable nature de la syphilis, en signalant le *miasme vénérien* qu'il regardait comme le principe constitutif de cette maladie. Une fois introduit dans l'économie, ce miasme se combine avec toutes les autres maladies, les modifie et leur donne une forme nouvelle ; mais là ne s'arrêtent pas ses effets. Paracelse, poussant son système jusqu'à ses dernières limites, admet que ce miasme peut produire une foule d'affections, telles que la phthisie, l'hydropisie, la diarrhée, les exanthèmes, les lupus, le cancer, etc.

Qu'il y ait ou non éclair de génie dans les vues de Paracelse, on ne peut

(1) Pinctor, *Tractatus de morbo fœdo et occulto, his temporibus affligente*, 1499, cap. IV.
(2) Grunbeck, *Tractatus de pestilentiali scorra sive mala de Franzos*, 1503, cap. IV.
(3) N. Massa, *De morbo gallico liber*, cap. IV.

lui refuser d'avoir soupçonné à la fois et le virus syphilitique et la plupart de ses nombreux effets, y compris les lésions viscérales. Fernel (1) indique d'une façon plus précise la véritable cause de la syphilis. La cause de la maladie vénérienne, nous dit-il, est une qualité occulte et vénéneuse contractée par contagion, inhérente à une matière quelconque, humeur ou autre, qui lui sert de véhicule et la porte dans l'économie (1). Ainsi, selon ce grand médecin, l'air et l'haleine ne peuvent pas communiquer cette maladie, et le contact d'une matière virulente est chose nécessaire (2) ; la syphilis se range dans la classe des maladies contagieuses. C'est pourquoi Fernel ne manque pas de la rapprocher de l'hydrophobie et de l'empoisonnement par la piqûre des animaux ; de cette façon il fait justice de toutes les opinions bizarres qui régnaient avant lui sur ce mal nouveau. Après Fernel, la doctrine du virus n'est pas encore adoptée. Varendal, reprenant les idées de Massa et de Fallope, fait de nouveau du foie le point de départ des accidents syphilitiques. Pour Nicolas de Blégny, la cause génératrice ou matérielle des maladies vénériennes est due à des acides. Bien d'autres opinions ont été émises à ce sujet, mais la seule indication en serait fastidieuse. Disons que des médecins d'un haut mérite, Astruc, Boerhaave, Van Swieten et plusieurs autres se sont déclarés partisans de la théorie du virus, qui, définitivement établie par les expériences de Hunter et de Ricord, a résisté aux attaques systématiques de Broussais.

Cependant les auteurs sont loin de s'accorder sur les propriétés et sur les qualités de ce principe morbifique. Les recherches chimiques et micrographiques ne nous ont rien appris de positif sur son essence. De nombreuses hypothèses ont été faites pour en expliquer la nature. Certains auteurs le considèrent comme une substance acide ou alcaline, ou bien encore comme un poison âcre et corrosif ; d'autres, comme un ferment, un levain ou même un principe incorporel, invisible (Fernel, Cazenave). Dans ces derniers temps quelques observateurs (3) ont prétendu avoir trouvé, dans des produits de sécrétion ou dans le sang, des champignons dont les spores leur paraissent pouvoir être considérés comme les véritables agents de la syphilis. Mais entre ces opinions il est inutile de se prononcer, tant que des analyses exactes, multipliées, n'auront pas déterminé nettement les caractères physiques et distinctifs du virus syphilitique. Ce qu'on sait jusqu'alors, c'est qu'il est un principe fixe et non volatil, contenu dans un liquide clair, transparent, opalin, légèrement visqueux, et jusqu'à un certain point analogue au vaccin. Ce n'est pas suffisant sans doute pour le faire reconnaître d'avec un autre liquide organique de même coloration et de même fluidité ; mais c'en est assez néanmoins pour le distinguer nettement de tout autre principe. La purulence, dans la syphilis, est opposée à la virulence ; sitôt que le pus apparaît, la puissance virulente diminue, et la contagion est souvent impossible. Le liquide que l'on

(1) Fernel, *De luis venereæ curatione perfectissima liber*, cap. IV.

(2) Luis venereæ virus, non inspiratu, sed humore in quamvis partem cutis nudam defixo, sensim prorepit in omne corpus.

(3) *Loc. cit.*, cap. I.

(4) Hallier, Klotzsch, Salisbury, Brühlkens, dans *Zeitschrift für Parasitol.*, t. I et II. — Voyez Lostorfer, *loc. cit.*, p. 291 de ce livre

voit sourdre à la surface de l'érosion chancreuse est le meilleur type qu'on puisse donner du virus syphilitique, car il n'est mélangé ni avec le détritus provenant d'un chancre fortement induré et déjà en voie d'évolution rétrograde, ni avec le pus que sécrète le chancre qui se répare, ou la pustule d'ecthyma, non plus qu'avec les cellules épithéliales et les globules de mucus que lui fournissent les plaques muqueuses. Produit d'une sécrétion morbide, ce virus est l'effet d'une maladie dont il peut devenir la cause, de la même façon que le fruit, produit d'une graine, peut à son tour, dans des conditions données, engendrer des fruits semblables. Rien d'extraordinaire en cela, et que l'on ne vienne pas nous dire que ce virus ne joue d'autre rôle que celui de cause occasionnelle. Évidemment, pour engendrer la syphilis, il est besoin d'un organisme prédisposé, de la même façon que la graine exige un terrain approprié à son développement.

Ce virus communique ses propriétés aux substances avec lesquelles il est mis en contact, et ces substances, comme le virus lui-même, n'exercent d'action spécifique qu'à la condition de n'avoir subi aucune altération. Certains agents, tels que les acides, les alcalis, le chlore, le modifient profondément et lui enlèvent ses propriétés nuisibles ; il paraît même que la mortification des tissus qui sont le siége de cette sécrétion pathologique conduit au même résultat. Relativement à son absorption, bon nombre d'auteurs se sont demandé quelle en était la voie ; mais cette question supporte peu la discussion : les agents d'absorption du virus syphilitique sont ceux des autres substances, c'est-à-dire les capillaires veineux et plus particulièrement peut-être les vaisseaux lymphatiques. Un point plus important, eu égard aux applications thérapeutiques, consiste à déterminer si l'absorption du virus est immédiate, ou si elle ne s'opère qu'au bout d'un certain temps et après une sorte de multiplication de l'agent morbifique au niveau de la partie contaminée. Nous verrons, lorsque nous nous occuperons du traitement, que cette absorption n'est sans doute pas instantanée, et qu'elle met vraisemblablement plusieurs jours à s'opérer ; disons, dès maintenant, que ni l'ablation, ni la cautérisation du chancre syphilitique n'empêchent, ainsi que l'ont prouvé des expériences bien faites, l'infection de se manifester. Évidemment, pour admettre avec assurance l'absorption immédiate du virus syphilitique, il faudrait produire les mêmes expériences qui ont été pratiquées avec le virus vaccin, d'abord inoculer, puis laver la plaie, la cautériser, appliquer une ventouse à sa surface, et si dans ces conditions le chancre et ses suites apparaissaient, il est clair qu'il ne pourrait y avoir le moindre doute. Mais le devoir qui commande de ne pas exposer la santé de ses semblables rend de pareilles expériences impraticables. L'analogie porterait à croire que, comme les virus vaccin et varioleux, le virus syphilitique se disséminerait dans les différents points du corps, qu'il ne germerait pas sur place, et que l'économie tout entière subirait de suite l'impression qu'elle est susceptible d'en recevoir. Cependant on ne peut admettre cette hypothèse qu'à la suite de l'expérimentation, car il se pourrait que, semblable au virus de la pustule maligne, le virus syphilitique exerçât dès l'abord une action toute locale, ce qui, dans le cas de pustule maligne, semble tenir à la constitution spéciale du contage qui renferme en abondance des bactéridies. La difficulté d'absorption de ces corpuscules

rend compte en effet de l'état local qui précède l'état général ; elle explique aussi ce fait, résultat d'expériences communiquées à la Société de biologie par notre distingué collègue M. Davaine, le défaut d'infection du fœtus par la mère dans l'inoculation de la pustule maligne (1). Sans insister davantage sur l'analogie ou les différences qui existent entre les principes virulents (2), voyons comment on peut concevoir le mode d'action du virus syphilitique sur les tissus et les organes.

Le virus est-il dans le sang? A cette question Hunter répondait par la négative. Le sang, pour cet auteur, n'était pas inoculable ; mais des expériences que nous citerons plus loin prouvent d'une façon péremptoire que ce liquide, pris sur un individu à la période secondaire, est susceptible de communiquer la syphilis à un individu sain. Donc, pas de doute, le virus syphilitique, à un moment donné, existe bien dans le liquide sanguin ; alors, deux hypothèses se présentent. Le sang est virulent, parce que l'économie, impressionnée et modifiée par la gouttelette contaminante, est apte à sécréter partout la matière virulente. Cette première hypothèse exige que toutes les humeurs soient virulentes, ce qui n'a pas lieu. Le sang est virulent, parce que le principe contagieux s'y trouve mêlé et s'y est multiplié. Cette dernière hypothèse paraît plus vraisemblable. Admise par Astruc, acceptée par Rollet, la multiplication du virus syphilitique n'est, à la vérité, prouvée par rien ; mais aussi aucun fait ne la contredit. Toutefois, si ce virus se dissémine en se fixant à l'un ou à l'autre des principes du sang, on se demande auquel de ces principes il s'unit de préférence, et il semble que ce soit aux globules plutôt qu'au sérum. D'une part, en effet, dans les expériences d'inoculation du sang pratiquées jusqu'ici, la réussite n'a eu lieu qu'autant que les globules sanguins ont servi à l'opération ; d'autre part, la transmission de la syphilis d'une mère infectée dans le cours de la grossesse au fœtus, ou d'un fœtus syphilitique à la mère, est dans l'espèce un accident relativement rare, ce qui ne serait pas sans doute, si le sérum servait de véhicule au virus syphilitique. Ainsi le virus syphilitique paraît se fixer de préférence dans les globules sanguins, et, transporté par ces éléments, il va modifier les tissus. B. Bell et le plus grand nombre des syphiligraphes croient à une action directe du virus syphilitique sur le sang ; mais cette opinion paraît peu admissible, et nous croyons plus juste de comparer l'action de ce virus à celle de certains poisons irritants, tels que l'alcool qui agit bien plutôt sur les parties solides que sur les parties liquides de l'économie.

Ces réflexions s'appliquent à la période de la maladie dans laquelle tous les accidents qui fournissent un produit de sécrétion sont contagieux et inoculables. Les choses se passent ainsi pendant un certain temps (période du chancre et des accidents secondaires). Après un séjour plus ou moins long dans l'organisme, l'agent virulent est éliminé ; le fait est qu'il ne se trouve plus ni

(1) Chez des femelles (lapines) auxquelles il avait inoculé la pustule maligne, M. Davaine a pu s'assurer de la parfaite santé de tous les produits, et tandis qu'il trouvait des bactéridies dans le placenta, le sang du fœtus en était entièrement exempt. Davaine, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1865.

(2) Consultez sur ce sujet : Vauthier, *Du virus syphilitique et de ses effets*. Thèse de Paris, 1850. — Ch. Robin, *Sur les états de virulence et de putridité de la substance organisée*, Comptes rendus des séanc. et mém. de la Société de biologie, t. V, série III. — Péter, thèse d'agrégation. Paris, 1863.

dans le sang ni dans aucun des produits de sécrétion physiologique ou pathologique, puisque le sang et ces produits ont cessé d'être inoculables, comme le prouvent les expériences faites à ce sujet. La maladie cependant n'a pas accompli toutes ses phases, et la souffrance de l'organisme persiste toujours. Le mal continue son évolution et il survient de nouvelles manifestations, de même qu'on voit chez un buveur apparaître, longtemps après l'abstention des liqueurs fortes, des accidents qu'il n'est possible de rattacher qu'à l'alcoolisme. Dans cet état, qui est la période véritablement chronique de la maladie, il devient évident que l'organisme modifié a conservé une aptitude particulière à produire dans les différents points du corps des désordres qui, anatomiquement, sont caractérisés par une hypergénèse spéciale des tissus connectifs. L'individu malade a acquis la constitution syphilitique, il n'est plus un être normal, mais un individu dévié du type, il a subi une sorte de dégénérescence, car il éprouve les plus grandes difficultés à rentrer dans la vie physiologique.

§ 2. — Contagion.

Après avoir attribué la syphilis à des causes plus ou moins imaginaires, les premiers syphiligraphes finirent par reconnaître que cette maladie était l'effet habituel, sinon constant, de la contagion. D'abord ils admirent que celle-ci pouvait s'effectuer à distance; mais en 1512, J. Almenar parle déjà avec ironie des cas de transmission de cette nature auxquels il faut croire pieusement, dit-il, puisqu'on en a observé chez plusieurs religieux. Fracastor (1530) déclare qu'on ne voit plus la syphilis se transmettre par l'intermédiaire de l'air. Vidus Vidius (1550) et Fernel nient que ce mode de contagion ait jamais existé. Dès ce moment, la contagion est acceptée de la plupart des syphiligraphes, non-seulement dans les rapports sexuels, mais à la suite de toute espèce de contact un peu prolongé, direct ou indirect, et notamment par l'allaitement, par l'usage commun des ustensiles de ménage ou autres. L'erreur de cette époque fut d'admettre la transmission de la syphilis sans distinction de périodes et par toute espèce d'humeurs pathologiques ou physiologiques, en particulier par le lait, la sueur, la salive, etc. Pour rendre aussi claire que possible l'étude de cette importante question, nous allons successivement passer en revue les sources, les modes et les effets de la contagion syphilitique.

SOURCES DE LA CONTAGION.

Hunter montra sans peine le peu de valeur de l'opinion qui, jusqu'à lui, consistait à regarder comme autant de sources de contagion toutes les humeurs des syphilitiques. Les inoculations qu'il pratiqua sur des individus déjà malades furent loin toutefois de le conduire à la vérité. Partant du résultat de ses inoculations, il arriva à cette conclusion, que le chancre et la gonorrhée sont les seuls accidents inoculables; les lésions constitutionnelles et le sang ne lui parurent pas contagieux. Il devait en être ainsi, car la syphilis ne se doublant généralement pas, et Hunter n'opérant jamais que sur l'individu

malade, les accidents qu'il regardait comme contagieux ne pouvaient par conséquent être syphilitiques. Ricord, reprenant vers 1836 les expériences de Hunter, arriva aux mêmes conséquences ; seulement, à l'exemple de Balfour, Bell, Hernandez, etc., et contrairement à Hunter, il regardait la blennorrhagie comme une maladie spéciale, différente et tout à fait distincte du chancre.

Cependant, vers la même époque où Ricord répandait un nouveau lustre sur les opinions de Hunter, un revirement singulier s'opérait dans la patrie même de ce dernier. En 1835, Wallace procède, comme Hunter, par voie expérimentale ; mais, au lieu d'inoculer le malade lui-même, il a l'idée, peu louable sans doute au point de vue humanitaire, de porter le principe contagieux de l'individu malade à un individu sain. Or, les conséquences qui résultèrent de ce mode d'expérimentation furent toutes différentes ; les accidents secondaires, dont Hunter avait nié le caractère contagieux, produisirent des résultats positifs entre les mains de Wallace, et dès lors un coup fatal était porté à la doctrine ancienne, un pas venait d'être fait, une doctrine nouvelle prenait naissance. Effectivement, les expériences de Wallace démontrèrent que les humeurs contagieuses proviennent d'accidents multiples, qu'elles sont généralement l'effet d'une sécrétion pathologique, plus rarement d'une sécrétion physiologique.

Confirmées par d'autres observateurs, ces expériences ont enfin conduit à cette conclusion que les produits de sécrétion pathologique ne sont contagieux qu'à la condition d'avoir une origine spécifique. « Les sécrétions morbides non spécifiques d'un syphilitique (pus, matière catarrhale, sérosité de l'eczéma, etc.), écrit Diday (1), ne sont pas contagieuses. J'ai inoculé sans succès à une jeune dame saine la matière d'une pustule d'acné iodique prise chez un syphilitique en plein début de poussée secondaire. » L'inoculation, par le même expérimentateur, de la sérosité d'un eczéma n'eut pas plus de réussite. Rollet et Viennois (2) ont fait voir au Congrès médical de Lyon que du vaccin pur pris sur un sujet syphilitique ne transmet que la vaccine. Seul, le liquide muqueux qui s'échappe du nez d'un enfant atteint de coryza syphilitique a pu être considéré comme contagieux. Chambrely (3) et H. Roger (4) rapportent des faits qui ne laissent aucun doute à cet égard ; mais on se demande si ce liquide n'était pas le produit de sécrétion de quelques plaques muqueuses.

Les accidents syphilitiques qui donnent naissance au principe contagieux sont l'ulcère primitif et les accidents secondaires.

1° *Accident primitif.* — Qu'il se manifeste sous la forme de chancre induré ou d'érosion chancreuse, l'accident primitif est éminemment contagieux. Deux ordres de preuves, les unes cliniques, les autres expérimentales, appuient cette proposition. Les faits cliniques sont nombreux, et il serait long et fastidieux de les citer. Fournier en donne plusieurs exemples dans sa thèse

(1) *Gaz. méd. de Lyon*, févr. 1865, p. 47.
(2) Voy. Bouchard, *Gazette hebdom. de méd. et de chir.*, 1864, p. 706.
(3) *Journ. de méd. de Bordeaux*, janv. 1859.
(4) *Union médicale*, 1865.

inaugurale (1), et il ajoute : « Qu'il me suffise de dire que, dans une série de soixante-douze observations, le chancre induré a toujours donné naissance (sur les sujets sains, bien entendu) à un chancre de même nature, et toujours dans ces conditions la vérole a succédé au chancre de part et d'autre. » Les faits expérimentaux ne sont plus rares aujourd'hui, ceux rapportés par Rinecker (2), Gibert (3), Rollet (4), Baerensprung (5), ne laissent aucun doute sur la propriété contagieuse de l'accident primitif ou chancre infectant. Le chancre mixte ou hybride peut également transmettre la syphilis, comme aussi le chancre phagédénique ; ce dernier toutefois est, sous ce rapport, moins à redouter.

On a prétendu que le chancre simple ou vénérien, développé chez un sujet syphilitique, pouvait avoir la même propriété. Cinq observations rassemblées à ce sujet par Fournier, trois autres relatées par Melchior Robert, semblent montrer la possibilité d'une contagion syphilitique dans ces conditions ; mais lorsqu'on examine ces faits avec soin, on ne tarde pas à reconnaître qu'ils sont loin d'être entièrement démonstratifs. Les détails manquent sur le caractère du chancre qui devient la source de l'infection. Il est dit dans un cas (obs. de Cullerier) que le chancre était simple ou à base molle ; mais tous les chancres syphilitiques n'ont pas, comme nous le savons, une base nettement indurée, surtout chez la femme. De plus, n'existait-il alors aucun accident secondaire ? C'est ce qu'il est difficile d'affirmer. Quoi qu'il en soit, si le chancre à base molle (chancre vénérien) des sujets syphilitiques peut se transmettre sous forme d'un chancre infectant, cette contagion, au rapport même de Fournier, doit être rare. Du reste, le pus d'un chancre simple développé chez un syphilitique fut inoculé par Basset et ne produisit qu'un chancre simple. Le chancre mou, à bords taillés à pic, d'un individu non vérolé ne transmet évidemment pas la syphilis ; nous avons été conduit plus haut (6) à cette conclusion fondée, selon nous, jusqu'à preuve contraire. Quant à la question de la contagion syphilitique par la blennorrhagie, elle a été traitée plus haut (7) et ne doit plus nous arrêter. Il a été établi, en effet, que la blennorrhagie est une maladie distincte de la syphilis, et qu'elle ne peut engendrer cette dernière. Du mucus blennorrhagique pur recueilli chez un syphilitique et inoculé sur la peau, comme l'a fait Basset (8), est incapable de transmettre la syphilis. Donc il n'y a de contagieux chez un syphilitique, parmi les produits de sécrétion morbide, que ceux de provenance spécifique.

2° *Accidents secondaires.* — Admise par les anciens syphiligraphes, puis

(1) Alfred Fournier, *De la contagion syphilitique.* Thèse de Paris, 1860. — Voyez, de plus, Ricord, *Leçons sur le chancre.* Paris, 1860, p. 252.

(2) Voy. *Archives de médecine,* t. II, p. 597.

(3) Gibert. *Traité des maladies de la peau et de la syphilis.* Paris, 1860.

(4) Rollet, *Recherches sur la syphilis,* 1861.

(5) *Annalen des Krankenhauses in Berlin.*

(6) Voyez p. 85 de ce livre.

(7) Voyez p. 76 de ce livre. — J. F. Hernandez, *Essai analytique contre la nature syphilitique de la gonorrhée dite virulente.* Toulon. 1812.

(8) Voyez *Lettre de Bouchard* (*Gazette hebdomad.*, 1864, p. 706).

niée pendant longtemps par une école restée célèbre, la contagion des accidents secondaires, comme celle de l'accident primitif, repose sur des faits cliniques et expérimentaux. Les faits cliniques sont nombreux et remontent à une époque éloignée, puisque G. Torella parle déjà de la transmission de la syphilis entre nourrices et nourrissons. Il serait intéressant mais beaucoup trop long de faire connaître tous ces faits, dont un certain nombre ont été rassemblés par Rollet (1) et par Fournier (2). Les faits expérimentaux, plus rares, portent avec eux un degré de certitude plus absolu. Nous n'avons pas à les rapporter, puisque nous avons donné ailleurs le résumé de la plupart d'entre eux ; un simple coup d'œil jeté sur le tableau de la page 59 en dit à cet égard plus que tous les raisonnements. Ce tableau montre non-seulement que le plus grand nombre des accidents secondaires sont contagieux, il indique encore que le degré de contagiosité de ces accidents est proportionnel à la période de leur apparition et à l'abondance de leur sécrétion. Ainsi, les plaques muqueuses semblent tenir le premier rang, puis viendraient les syphilides pustuleuses, car la pustule d'ecthyma, qui a servi à l'inoculation dans le fait de Vidal de Cassis, fait évidemment partie de cette période, attendu qu'il y avait seulement quelques mois que le chancre avait disparu. A part la roséole et la syphilide papuleuse, qui ne fournissent aucun produit de sécrétion, les accidents secondaires sont donc transmissibles par le contact, et par conséquent l'un des caractères de la syphilis à cette période est sa propriété contagieuse. Ce caractère est-il suffisant pour distinguer les manifestations secondaires des manifestations tertiaires? Nous n'oserions l'affirmer ; mais on peut dire qu'aucun fait ne vient pour le moment démontrer la contagion des affections groupées dans cette dernière période.

Aucune expérience, il est vrai, n'a été tentée jusqu'ici relativement à la contagiosité des syphilides profondes tardives, mais Diday s'est assuré par l'expérimentation que les accidents tertiaires ne sont pas inoculables. D'autres expérimentateurs sont arrivés à des résultats également négatifs, et jamais, malgré les nombreuses piqûres que je me suis faites en pratiquant des autopsies de cadavres porteurs de tumeurs gommeuses, je n'ai rien éprouvé. Tous les observateurs ne paraissent cependant pas d'accord sur ce point, et nous voyons le Dr Craith (3) admettre la contagion de certaines formes de

(1) Rollet, *Du chancre produit par la contagion des accidents secondaires* (*Archives de médecine*).

(2) Alf. Fournier, *De la contagion syphilitique*. Thèse de Paris, 1860. — Comparez : *Bull. de l'Acad. de méd.*, 24 et 31 mai 1859; *Ibid.*, t. XXIV. — Gibert. *Traité des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 483, 1860. — Follin, *De quelques doctrines modernes sur la syphilis et la syphilisation* (*Archiv. de méd.*, février 1856). — Lasègue, même journal, mai 1858. — Guyenot, *Gaz. hebd.* et *Gaz. méd. de Lyon*, 1859. — Langlebert, *Moniteur des hôpitaux*, n° 61, 1859. — De Castelnau, *Transmissibilité des accidents second.* (*Monit. des hôpitaux*, n°s 65, 67, 68; 70, 1859). — Gabalda, *De la contagion des accidents second. de la syphilis*. Paris 1859. — Joulin, *Monit. des hôpitaux*, n° 10. — Saurel, *Transmission de la syphilis second.* (*Revue thérapeutique du Midi*, XIII, juillet et août.) — Junquet, *Syphilis congénitale contogieuse* (*Montpellier médical*, août 1859; *Gaz. hebd.*, 1859, n° 46). — *Kann die Syphilis auch durch andere Sekretionen übertragen werden, als durch Schankereiter?* Behrend's *Syphilidologie*, t. II, part. 2, p. 249.

(3) *On the tertiary forms of syphilis roving contagious* (*Med. Times and Gazette*, march 19, 1859).

syphilis tertiaire. En tout cas, s'il est vrai que le pouvoir contagieux puisse encore exister à cette dernière période, il est au moins très-affaibli.

Le sang.—Le sang syphilitique n'avait, suivant Hunter, aucune qualité contagieuse. Si, disait-il, le sang pouvait faire naître dans une plaie saine l'inflammation syphilitique, aucun sujet ayant la matière vénérienne en circulation, c'est-à-dire ayant la syphilis constitutionnelle, ne pourrait, dans certaines circonstances, éviter un ulcère vénérien ; toutes les fois qu'il serait saigné ou qu'il se ferait une égratignure avec une épingle, les petites plaies ainsi produites se transformeraient en autant de chancres (1). Ne sachant pas que la syphilis ne peut se doubler, Hunter s'en tint à ce raisonnement ; il ne songea pas que, pour savoir si le sang syphilitique est contagieux, il faut inoculer un individu sain et non un individu syphilisé. Or, ce que Hunter ne fit pas, Waller de Prague eut l'audace de l'exécuter. Le 27 juillet 1850, il fit, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élèves, l'inoculation du sang d'une femme atteinte de syphilis secondaire à un jeune garçon âgé de quinze ans. Le 31 août suivant, on remarqua aux points d'insertion des tubercules qui bientôt après furent suivis d'accidents secondaires. Gibert pratiqua une semblable opération qui eut le même succès (2). En 1856, le secrétaire de la Société de médecine du Palatinat annonça à cette assemblée qu'un médecin qui désirait garder l'anonyme avait inoculé avec le sang d'un individu atteint de syphilis secondaire neuf individus sains : sur ce nombre, trois seulement, chez lesquels une large surface absorbante avait été frictionnée, furent inoculés avec succès (3). Le 6 février 1862, en présence de tous les médecins de l'école de Florence, Pellizzari qui, en 1860, avait tenté deux inoculations sans résultat sur la personne des docteurs Belli et Testi, renouvela ses essais sur les docteurs Bargioni, Rossi et Passigli, qui se dévouèrent courageusement (4). Deux de ces inoculations restèrent sans résultat ; mais, le 3 mars, le docteur Bargioni vit apparaître à son bras gauche, au niveau du point d'insertion, une papule à base dure, accompagnée d'adénopathies axillaires et suivie plus tard d'accidents secondaires.

En joignant à ces faits quatre inoculations négatives pratiquées par le docteur Thiry, et trois autres rapportées par un médecin d'Albi, le docteur Lalagade (5), on arrive à un total de vingt-trois opérations dont six seulement ont été suivies d'un résultat positif. Voici le tableau de ces faits :

Anonyme du Palatinat.	9	inoculat.	3	avec succès.	6	sans succès.
Waller.	1	—	1	—	"	—
Gibert	1	—	1	—	"	—
Pellizzari	5	—	1	—	4	—
Thiry.	4	—	"	—	4	—
Lalagade	3	—	"	—	3	—
	23		6		17	

(1) *Œuvres complètes*, trad. fr. de Richelot. Paris, t. III, p. 564.
(2) Gibert, *Traité des maladies de la peau et de la syphilis.*
(3) Voyez Lasègue, *Archives générales de méd.*, t. I, p. 603, 1858.
(4) Voyez *Gazette hebdomad. de méd. et de chirurg.*, 1863, p. 349.
(5) *Revue thérap. méd.-chirurg.*, 25 juin 1859.

Il est clair que les faits négatifs ne peuvent ici annihiler les fait positifs, un seul de ces derniers suffit pour faire admettre la contagiosité du sang des syphilitiques. Je ne doute pas, pour mon compte, de cette contagiosité après le fait de Pellizzari et les détails qui m'ont été fournis par le courageux champion qui en est l'objet, mon ami le docteur Bargioni :

La femme dont le sang servit à l'expérimentation était âgée de vingt-cinq ans, fille et enceinte au sixième mois..... Elle présentait des papules muqueuses très-confluentes et très-humides aux parties génitales ; l'une d'elles, qui siégeait sur la grande lèvre gauche, vers la commissure inférieure où la malade nous annonçait avoir eu la première manifestation de la maladie, était plus grande et plus relevée que les autres, elle avait une base avec induration spécifique évidente. C'était ou le chancre infectant transformé en plaque muqueuse, ou une plaque muqueuse qui s'était développée sur la cicatrice du chancre primitif. On rencontrait encore des papules muqueuses autour de l'anus, et des glandes volumineuses, dures et indolentes, aux aines, sur le tronc. Il existait en outre un érythème confluent, des adénopathies à la région postérieure du cou, et des pustules fermes sur le cuir chevelu. Aucun traitement n'avait été employé. Une saignée de la veine céphalique fut pratiquée au milieu du pli du bras droit ; aucune manifestation éruptive n'existait dans cette région, qu'on avait lavée préalablement. Le chirurgien avait lavé avec soin ses mains, et le ruban, la lancette et le pot qu'on avait apprêté pour le sang étaient tout neufs. Aussitôt le sang extrait, on y a imbibé un plumasseau de charpie, et on l'a appliqué à M. Bargioni, à la région supérieure et externe du bras gauche, vers l'insertion du deltoïde, où on avait enlevé l'épiderme et fait trois incisions transversales. On opéra de même sur M. Rossi, mais avec cette différence, qu'on avait enlevé l'épiderme à la région supérieure et externe de l'avant-bras gauche, et de plus le sang s'était déjà refroidi. M. Passigli fut inoculé sur la même région et de la même manière que M. Bargioni ; mais le sang était presque tout à fait coagulé, et à cause de cela, outre la partie liquide, on a appliqué sur la surface excoriée une partie du caillot. L'étendue de la surface destinée à l'inoculation était de 2 centimètres de hauteur et de 1 centimètre de largeur. Le bandage qui servait à M. Bargioni fut enlevé après vingt-quatre heures, et rien de particulier ne s'est montré, excepté une légère croûte noirâtre due au sang extravasé et séché. Le même jour, la charpie fut également extraite du bras des deux autres docteurs, et rien de remarquable ne se présenta. Quatre jours plus tard, toute trace d'inoculation avait disparu.

Dans la matinée du 3 mars, M. Bargioni annonça à M. Pellizzari que dans le centre de la surface où on avait inoculé le sang il avait remarqué un petit relief qui lui donnait un peu de démangeaison. M. Pellizzari examina le bras et vit au point indiqué une petite papule de forme ronde et d'une couleur rouge assez foncée ; l'on ne remarquait aucune induration à la base de la papule, aucun engorgement des glandes axillaires. M. Bargioni fut prié de vouloir bien appliquer sur la papule de la charpie avec du cérat pour la mettre à l'abri d'un frottement quelconque. Cette papule, examinée avec soin chaque jour, augmenta de manière à atteindre, en huit jours seulement, la dimension d'une pièce de vingt centimes. Le 11, elle était couverte d'une écaille fine argentine et très-adhérente ; les jours suivants, cette écaille devint plus épaisse, moins adhérente, et dans sa partie centrale elle commença à se fendre. Le 14, on remarquait dans l'aisselle deux glandes du volume d'une noisette, mobiles et indolentes comme la papule, dont la sensibilité avait cependant un peu augmenté. Le 19, en pressant sur l'écaille qui couvrait la papule, on voyait sortir de sa périphérie une petite quantité de sérosité purulente, et la pression produisait un peu de douleur ; les glandes de l'aisselle étaient devenues plus grosses et plus dures, mais se conservaient indolentes. Aucune induration ne se remarquait à la base de la papule. Le 21, l'écaille s'était transformée en vraie croûte, qui, dans quelques points de la périphérie, commen-

çait à se détacher, et laissait manifestement voir au-dessous une surface ulcérée, légèrement indurée à sa base.

Le 22, après avoir ôté la croûte, on découvre un chancre d'aspect *infundibuliforme ;* les bords avaient une certaine résistance élastique, de telle sorte qu'ils représentaient très-bien l'induration annulaire ; ils étaient enflés, adhérents et obliques relativement au fond du chancre qui était très-peu humide et couvert d'une couche presque diphthéritique : presque pas de douleur, pansement avec de la charpie sèche. Le 26, le chancre a l'étendue d'une pièce de cinquante centimes ; il sécrète davantage ; son aspect est celui d'un très-petit *entonnoir* renversé. L'induration a beaucoup augmenté, on continue le simple traitement local avec la charpie sèche. Avant de commencer le traitement à l'intérieur, le docteur Bargioni veut attendre les manifestations générales. Rien de remarquable jusqu'au 4 avril ; le chancre reste stationnaire, le fond en est granuleux ; les glandes sont toujours grosses, dures et indolentes.

Le 4 avril, légère céphalalgie nocturne, qui se continue pendant deux ou trois jours ; on commence à s'apercevoir d'un engorgement glandulaire à la région postérieure du cou. Le 12, on voit sur la surface du corps, et surtout des deux côtés du thorax et vers les hypochondres, des taches de forme irrégulière et d'une couleur rosée, qui ne s'accompagnent d'aucune maladie. Les engorgements glandulaires du cou sont devenus plus marqués. L'érythème, plus étendu et plus confluent les jours suivants, ne laisse aucun doute sur la nature syphilitique. Absence de fièvre, pas de phénomènes de catarrhe ; absence de chaleur et de démangeaison à la peau, rien enfin n'accompagne cet érythème maculeux qui va en augmentant pendant huit jours. Le 20, les glandes cervicales et les sus-épitrochléaires ont augmenté de volume et de résistance ; le chancre est toujours dans la période d'état, et il ne tend point encore à se cicatriser. Le 22, l'érythème est de couleur absolument cuivrée et parsemé de papules lenticulaires. Le chancre primitif commence à se réparer, un traitement mercuriel est employé.

Il est digne de remarque que, dans ce fait comme dans tous ceux où l'on est parvenu à inoculer un sang syphilitique, les individus sur lesquels ce sang a été pris se trouvaient en plein dans la période secondaire. Des expériences tentées par Diday avec du sang provenant de sujets affectés d'accidents tertiaires ont donné un résultat constamment négatif (1), et cet auteur pense qu'à la période tertiaire le sang a cessé d'être inoculable. Je partage cette opinion et suis d'avis que la contagiosité du liquide sanguin ne dure pas plus longtemps que la période des manifestations secondaires. Quelques expériences de Melchior Robert sembleraient indiquer que le sang ne possède encore aucune qualité contagieuse au début de la période d'éruption locale (accident primitif), s'il n'y avait tout lieu de croire que ce syphiligraphe a pu confondre le chancre vénérien avec le chancre syphilitique. Il a remarqué, en effet, que le sang puisé sur une plaie produite par l'excision de chancres, soit simples, soit indurés, n'est pas inoculable d'un malade à l'autre pendant les trois premiers jours qui suivent l'excision, mais seulement dès que la suppuration s'est établie à la surface des plaies, c'est-à-dire vers le quatrième jour.

En résumé, le sang est vraisemblablement contagieux pendant la durée de l'accident primitif, il ne l'est plus dans le cours de la période des accidents tertiaires. Il l'est à coup sûr pendant la période secondaire, et, selon nous, Viennois a soutenu avec raison que ce liquide pouvait être l'agent de transport du

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1846.

virus syphilitique dans la vaccination. D'autre part, s'il est vrai qu'une mère infectée pendant le cours de la grossesse soit capable de communiquer la maladie à son enfant, ou que celui-ci puisse infecter sa mère lorsqu'il repose encore dans son sein, il faut bien admettre que le sang, seul moyen de communication entre les deux individus, a été l'agent de cette transmission, car il est peu probable que des lésions développées dans la profondeur de l'utérus aient communiqué la maladie.

Transmission de la syphilis au fœtus par la mère infectée après le moment de la conception. — Onze cas rassemblés par Diday (1), dans le but de montrer que la syphilis est transmissible de la mère au fœtus, lorsqu'elle est contractée après la quatrième semaine et avant le septième mois de la grossesse, ne nous ont pas paru nets et bien positifs. Ils ne prouvent pas qu'un enfant infecté au moment de sa naissance ou peu de temps après ne l'était pas par le fait du père, lequel n'aurait infecté la mère qu'après la conception, et le doute à cet égard est tout au moins légitimé par des observations dues à Starck, à Depaul, à Bertin et à plusieurs autres auteurs. En outre, l'infection de l'enfant n'est pas toujours certaine dans ces faits ; tel est un cas de Bertin, où celui-ci offrit pour tout accident des pustules ulcérées aux fesses, et le cas de Baumès, dans lequel l'enfant, qui guérit, présentait des pustules d'ecthyma syphilitique (accident difficile à spécifier) aux fesses, à la poitrine et aux joues. Le fait observé par Diday lui-même n'est pas concluant ; il s'agit d'une femme qui prit par contagion des tubercules muqueux au gosier et qui présenta ensuite les signes les mieux accusés d'une syphilis constitutionnelle. L'infection eut lieu au commencement du septième mois de la grossesse. Mais les tubercules muqueux ne sont pas l'accident primitif. A quelle époque remontait donc celui-ci ? N'était-il pas antérieur à la grossesse, lui était-il postérieur ? Rien ne l'établit. Comme Diday, Trousseau croit à ce genre de transmission de la syphilis : il cite un fait à l'appui de son opinion (2). Putegnat est également de cet avis. Malgré ces autorités imposantes, nous pensons que les faits ne prouvent pas absolument la contagiosité de la syphilis dans ces conditions. Du reste, Natalis Guillot et Boys de Loury ont vu des femmes portant, à l'époque de l'accouchement, des accidents primitifs gagnés dans les derniers temps de la grossesse donner le jour à des enfants chez lesquels aucune trace de syphilis ne s'est manifestée. Mandon, de Limoges, écrit que « la syphilis gagnée par la mère pendant sa grossesse ne saurait être transmise au fœtus (3). » Malheureusement, cet auteur se contente de nier sans avancer de preuves. Il n'en est pas de même de Baerensprung, qui déclare, de son côté, qu'une mère contaminée pendant la grossesse n'infecte pas son enfant. Cet observateur, en effet, établit son assertion sur quatorze faits où la syphilis contractée à toutes les périodes de la gestation, même au cinquième et au sixième mois, n'a pas

(1) Diday, *Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*. Paris, 1854, p. 45.

(2) *Clinique médicale*, t. II, p. 769. Paris, 1862.

(3) *La mère peut-elle transmettre au fœtus la diathèse acquise pendant la grossesse ?* (*Journal de méd. de Bruxelles*, janvier et février 1856, p. 116, et *Gaz. hebd.*, 1856.)

été transmise, puisque les produits se trouvaient très-bien portants huit et dix semaines après la naissance. Tel est l'état de la question relative à la contamination du fœtus par une mère infectée pendant le cours de sa grossesse. Cette question n'est donc pas définitivement résolue. Un fait qui s'est présenté à notre examen donne la mesure des difficultés que l'on rencontre en pareil cas. Une jeune femme de dix-huit ans est infectée deux mois après le début de sa grossesse, elle accouche au huitième mois d'un enfant mort-né, mais qui ne présente aucune trace d'altération. Doit-on regarder cet enfant comme syphilitique? Évidemment les preuves manquent, et une conclusion serait prématurée.

Transmission syphilitique du fœtus à la mère. — De grandes autorités médicales s'accordent à admettre cette forme de contagion sans se dissimuler la difficulté qu'elle présente. Ricord, Depaul (1), Bazin (2), S. Cooper, Maisonneuve et Montanier, Hutchinson (3), Balfour (4), de Méric (5), sont de cet avis, que partagent encore Lafont-Gouzy (6), Putegnat de Lunéville (7), et que semblent appuyer les observations de Semanas (8), de M. Robert (9), de Diday (10) et de Bryant (11). Les faits connus peuvent être rangés sous deux chefs. Dans les uns, ceux de Semanas, de Bazin, de Beyran (12), et quelques-uns de Diday, il s'agit de manifestations secondaires survenues plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'accouchement; dans les autres, la syphilis s'est montrée pendant le cours même de la grossesse. L'objection à laquelle prêtent les premiers, c'est que la contamination a pu s'opérer au moment même de l'accouchement; celle que soulèvent les seconds, est que la gestation a été la cause occasionnelle et non la cause efficiente de la syphilis, l'accident primitif ayant passé inaperçu, comme cela est arrivé, du reste, dans l'observation IV du mémoire de Rollet (13). Même objection encore pour les trois observations de Balfour, où on vit reparaître des accidents syphilitiques semblables dans plusieurs grossesses successives. Plus loin, quand nous ferons connaître l'influence de la grossesse sur les éruptions syphilitiques secondaires, on jugera mieux encore de la réserve qu'il convient d'apporter dans un tel sujet. Jusqu'à présent donc on ne peut admettre comme certaine l'infection de la mère par le fœtus; j'ajouterai que j'ai vu des femmes n'ayant jamais été infectées accoucher d'enfants syphilitiques et ne rien manifester.

(1) Depaul, Mémoire lu à l'Académie de médecine, le 19 avril 1851 (*Bulletins de l'Académie*). — Voyez J. Behrend, *Syphilidologie*, t. II, p. 264. Erlangen, 1859.

(2) *Leçons sur les syphilides*, 1859, p. 45.

(3) *Medical Times and Gazette*, 1856, et *Gaz. méd.*, 1857, 646.

(4) *Edinburgh med. Journ.*, 1856, et *Gaz. méd.*, 1857, p. 754.

(5) De Méric, *Lettsomian lectures*, The Lancet, sept. 1858.

(6) Lafont-Gouzy, *Journ. de méd. de Toulouse*, avril et mai 1854.

(7) Putegnat, *Hist. et thérap. de la syph. des nouveau-nés*, 1854, p. 114.

(8) Semanas, *Gaz. méd. de Paris*, 1849, p. 777.

(9) M. Robert, *Nouveau traité des malad. vénér.* Paris, 1861, p. 680.

(10) Diday, *loc. cit.* et *Exposit. des nouv. doctr. sur la syphilis*, p. 466.

(11) Bryant, *Transmission de la syphilis à la mère par l'œuf malade*, Med. Times and Gazette, july 27, 1872.

(12) Beyran, *Transmission de la syphilis du père au fœtus et du fœtus à la mère* (*Union méd.*, 1862, t. II, p. 457).

(13) Rollet, *Recherches sur la syphilis*, 1861, p. 180.

Le lait. — Vernois et Becquerel, dans des recherches intéressantes sur la composition du lait de la femme pendant l'état de santé et l'état de maladie, ont reconnu que dans le lait de la femme syphilitique le beurre diminue beaucoup, tandis que les sels augmentent hors de proportion et que la densité s'élève extraordinairement. Bien que ce liquide, vu au microscope, n'offre rien de particulier, on se demande s'il n'est pas contagieux. Stahl et la plupart des syphiligraphes des derniers siècles soupçonnaient l'infection syphilitique par le lait. Catanée (1), Paracelse, Ambroise Paré (2) et bien d'autres y croyaient fermement. Astruc, Fabre, Doublet, Bell, Mahon, Bertin, Cooke, étaient de la même opinion. Cette opinion fut professée plus récemment par Lane, Parker, Putegnat de Luméville (3), Melchior Robert et Ricordi de Milan. Cependant Hunter, Swediaur et Nisbett nient ce mode de communication que Barbantini, Dugès (4), Venot, N. Guillot, Ricord et Nonat ne veulent point mettre au rang des causes infectantes.

Deux opinions contraires sont donc en présence ; les assertions ne manquent pas, mais il y a peu de faits à l'appui. Suivant nous, on ne peut croire aujourd'hui à l'infection par le lait comme l'entendaient les anciens, car tout porte à voir dans les observations invoquées pour soutenir cette doctrine une contamination par des accidents secondaires développés sur le sein des nourrices et restés inaperçus. Doit-on accepter avec plus d'assurance les observations des modernes ? Melchior Robert donne comme parfaitement concluants deux faits qui sont loin de satisfaire un observateur rigoureux :

Une nourrice mère, n'ayant aucune maladie vénérienne, allaitait un enfant bien portant, lorsqu'elle eut des rapports avec son mari infecté depuis peu. Un mois et demi plus tard, taches confluentes sur le corps de l'enfant, mêmes taches sur le corps de la mère et, de plus, céphalalgie. Les mamelons et la bouche étaient sains ; l'enfant n'avait ni plaie, ni cicatrice, ni ganglions engorgés.

M. D. confie son enfant à une nourrice jeune et fraîche, qui perdait ses cheveux et qui était couverte de boutons aux bras et aux mains. Cependant le mamelon, examiné avec soin par M. D..., n'offrait aucune lésion. Deux mois plus tard, la nourrice est renvoyée, et, quinze ou vingt jours après, l'enfant portait à l'anus six boutons humides, qui n'étaient autre chose que des plaques muqueuses ; il y avait en outre des taches sur le corps, mais aucune ulcération ou cicatrice à la bouche, et pas d'engorgement ganglionnaire aux aines ni au cou.

Pour faire admettre ces faits en toute assurance, il eût fallu suivre plus attentivement les petits malades. Qui ne voit qu'il a été impossible de surveiller avec un soin suffisant ces deux enfants, observés du reste à une époque beaucoup trop avancée de l'infection ?

A l'appui de l'opinion opposée, Cullerier lut, en 1850, à l'Académie de mé-

(1) Lac enim quum ex sanguine generetur, malam sapit qualitatem in sanguine præexistentem.

(2) Les enfants allaictant nourrices vérolées en sont infectés, attendu que le lait n'est que sang blanchi, lequel estant infecté de virus et l'enfant en estant nourri en prend les mêmes qualités, etc. (*Œuvres complètes*, Lyon, 1652.)

(3) Putegnat, *Hist. et thérap de la syph. des nouveau-nés*. Paris, 1854, p. 102.

(4) *De l'innocuité du lait des nourrices atteintes de syphilis pour les enfants qu'elles nourrissent*. Thèse de Paris, 1852, n° 37.

decine (1), cinq observations de nourrices infectées dont les nourrissons restèrent sains ; mais ces faits laissent à désirer, en ce sens qu'il n'est pas prouvé que les enfants, malgré leur bonne apparence, ne fussent pas syphilitiques. Padova (2) a cherché à éclaircir cette question du flambeau de l'expérience. A la fin de 1865 et au commencement de 1866, cet observateur a inoculé deux fois à un médecin, quatre fois à des nourrices saines, du lait pris sur des nourrices atteintes de syphilis (plaques muqueuses, éruption générale papuleuse, ecthyma), et l'inoculation faite, tantôt par piqûres, tantôt en déposant le lait à la surface d'un vésicatoire, tantôt en l'injectant sous la peau avec la seringue de Pravaz, a constamment donné un résultat négatif.

La conséquence à tirer de ces faits, c'est que si jusqu'ici l'innocuité absolue du lait d'une mère infectée à un enfant sain n'est pas parfaitement prouvée, il n'est pas prudent de laisser teter une nourrice syphilitique, si l'on tient à mettre la santé de l'enfant hors de tout danger.

Le sperme. — Les anciens syphiligraphes attribuaient une qualité virulente à la liqueur séminale des syphilitiques ; mais depuis Hunter, le liquide spermatique, comme tous les produits de sécrétion physiologique, ne passe plus pour être contagieux. Cependant, dans un mémoire publié en 1857, Porter (3) prétend que la semence d'un homme infecté peut, sans intervention de grossesse, développer chez une femme saine une infection en dehors de toute espèce d'accident primitif. Parmi les faits qui servent à étayer cette proposition, il en est deux qui ne sont rien moins que concluants ; mais les deux autres méritent d'être rapportés en raison de la difficulté du sujet et de son importance. Les voici :

Un homme se marie, supposant qu'il est parfaitement guéri de la vérole ; huit mois après, sa femme est atteinte de symptômes constitutionnels, sans trace d'accident primitif et sans être enceinte. Le mari n'avait présenté aucun nouvel accident.

Un homme eut la vérole trois mois avant son mariage ; accidents primitifs et secondaires. Il fut traité par le mercure et l'iodure de potassium. Au moment de ses noces il n'avait plus rien ; trois mois après sa femme eut une angine avec ulcération vénérienne, engorgement des amygdales et des ganglions, mais rien aux organes génitaux ; plus tard elle présenta des exostoses.

Le professeur Collet, ajoute Porter dans son mémoire, possède des faits en tout semblables. Langston Parker (4) rapporte également trois cas d'infection syphilitique qu'il croit devoir attribuer au sperme. En effet les maris infectés étaient exempts de tout accident, et il n'y eut ni grossesse ni trace de lésion

(1) Cullerier, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1850, et *Gaz. méd. de Paris*, même année, p. 892.

(2) C. Padova, dans *Gaz. méd. de Lyon*, 1867.

(3) Porter, *Essai sur l'hist. de la syphilis* (*The Dublin quarterly Journal*, mai 1867 ; *Gaz. méd.*, 1858, p. 663). — Comparez Vidal, *Traité des malad. vénér.* (Paris, 1855, p. 75.

(4) Langston Parker, *On latent syphilis and its effects on healthy females and on the fœtus in utero* (*Medical Times and Gazette*, July 4, 1863, p. 6).

primitive chez les femmes. Je n'insisterai pas sur les objections que l'on peut adresser à ces observations. Celles qui se présentent immédiatement à l'esprit sont les suivantes : Est-il certain que le mari prétendu infectant n'a pas eu après son mariage quelque manifestation restée inaperçue? Est-ce bien le sperme qui a été l'agent de transmission? Faut-il croire enfin qu'un tiers n'est pas intervenu? Tous ces points ne sont pas suffisamment éclaircis, et ils mériteraient de l'être pour porter la conviction dans les esprits. Cependant voici l'explication que donne Diday de cette contagion. « Le sperme, dit-il, peut infecter directement, et le spermatozoïde, qui est l'agent de transport de la matière virulente, pénétrant jusqu'à l'ovaire, a assez de force pour infecter l'ovule et l'organisme de la femme qui le porte (1). » Je ne sais s'il y a eu des observations citées à l'appui de cette communication faite au congrès de Lyon; mais, à mon sens, la question de la contagion par le sperme a besoin d'être élucidée par de nouveaux faits avant qu'il soit possible de l'accepter définitivement.

Salive, sueur, larmes. — De même que le lait, la salive n'était nullement innocentée par les syphiligraphes anciens, et du reste ceux d'aujourd'hui croient encore que ce produit de sécrétion peut servir à la transmission de la syphilis. Il est bien évident qu'une salive provenant d'une bouche garnie de plaques muqueuses doit être infectieuse; mais en dehors de toute manifestation buccale, la salive transmet-elle la syphilis? Il n'y a pas lieu de le croire, après la communication faite par Diday au congrès de Lyon, cet expérimentateur ayant pu inoculer impunément, à des sujets sains, de la salive qu'il avait recueillie sur des individus syphilitiques. Les larmes, et sans doute aussi la sueur, ne se comportent pas différemment, car leur inoculation n'a pas mieux réussi. Avouons ici que ces insuccès engagent peu à admettre la propriété contagieuse du lait, qui est, comme les liquides dont nous venons de parler, un produit de sécrétion physiologique.

MODES DE LA CONTAGION.

Dans la phrase suivante, Paracelse a nettement indiqué les divers modes de la contagion syphilitique : « Infectio triplici via, videlicet coitu, partu, tactu (2). »

Rapprochement sexuel. — Dès l'époque de la grande épidémie du XVe siècle, il fut reconnu que le rapprochement sexuel entre personnes saines et malades était l'un des modes les plus fréquents de la contagion syphilitique. En 1497, A. Benedictus (3) le constatait. En 1498, Aquilanus (4) se montrait non moins

(1) Voy. *Gaz. hebdomadaire*, 1864, p. 706, et *Gazette médicale de Lyon*, 1er février 1865, p. 50.

(2) *De var.*, lib. V, c. I.

(3) Novam in mundo pestem, tempestate nostra, concubitu et contactu haberi animadvertimus.

(4) Nam fere omnes qui hanc ægritudinem passi sunt, aut illam per coitum vel lac sugendo contraxerunt, aut aliquo alio contagioso modo (*Aphrodisiacus* de Gruner, p. 63).

précis à cet égard. En 1505, J. de Catanée remarquait que le coït était la principale cause de la maladie, et de là la dénomination de *lues venerea* qui lui fut donnée plus tard. L'expérience de chaque jour n'a que trop confirmé depuis lors la vérité des observations des premiers observateurs, et le fait est assez vulgaire pour que nous n'ayons pas à y insister. Je ne m'arrêterai pas sur la contamination qui peut arriver, pour me servir d'une expression d'Astruc, par suite du commerce abominable et contre nature des personnes de même sexe. Toutefois, la contagion est possible dans les rapports sexuels, sans qu'aucun des deux participants soit malade. Ce fait, qui n'avait pas échappé aux premiers syphiligraphes, a été depuis étudié avec soin. « Il peut y avoir une quatrième cause de contagion, écrit Catanée (1), c'est le coït avec une femme saine, laquelle, après avoir subi récemment les approches d'un homme infecté, aurait gardé dans le vagin de son liquide séminal. » Widemann (2), Thierry de Héry, Fernel (3), Ambr. Paré, etc., admettaient la possibilité de ce mode de transmission que l'on trouve mentionné en termes formels par G. Vella (4) : « J'ai connu des femmes saines qui ont eu commerce avec des hommes infectés, lesquelles, quoique n'ayant pas éprouvé ce genre de maladie, l'ont cependant transmis à d'autres hommes en rapport avec elles. » « Quelques femmes, dit Nicolas de Blégny (5), qui ont été trouvées saines, n'ont laissé de gâter les hommes qui ont eu leur compagnie, etc. »

Astruc, Fabre et Swediaur admettent aussi la contagion médiate. « On croit, dit Astruc (6), qu'un homme sain peut prendre la vérole avec une femme saine, si cette femme, après avoir eu commerce un peu auparavant avec un homme gâté, souffre les approches de l'autre sans s'être lavée. » « Une personne, rapporte Swediaur (7), homme ou femme, qui a du virus syphilitique logé dans les parties génitales, peut infecter une autre et lui donner une blennorrhagie et un ulcère syphilitique, sans qu'elle-même ait la moindre apparence de maladie, soit dans ses parties extérieures, soit dans le système du corps. » Suit la théorie.

De nos jours, Cullerier est venu appuyer sur des faits bien observés et tout à fait démonstratifs ces vues des anciens auteurs. Ricord rapporte (8) une observation dans laquelle l'homme et non plus la femme se trouve être l'agent de transmission. Un jeune homme eut des rapports avec une femme affectée de chancre ; il eut le même jour des relations avec sa maîtresse habituelle, qui fut infectée de la même maladie, sans que lui-même en fût atteint. Il est à remarquer que ce jeune homme ne s'était pas lavé après le coït, et que chez lui le prépuce était fort long. A plus forte raison, on ne peut contester

(1) Quarta causa poterit esse coitus cum sana cum qua de proximis coiverit infectus semine adhuc in matrice existente.

(2) Il faut éviter tout rapport avec une femme saine qui a eu commerce peu de temps auparavant avec un homme malade. Dans cette dernière condition, l'expérience a démontré qu'il y avait danger de contagion pour le sujet qui succède à l'amant infecté.

(3) Fernel, *De luis venereæ curatione*, c. IV.

(4) Novi mulieres sanas quæ coiverunt cum infectis, in quas tale genus ægritudinis non transivit, et tamen transivit in viros alios coeuntes cum illis.

(5) Nicolas de Blégny. *L'art de guérir les malad. vénér.*, ch. VI.

(6) *Loc. cit.*, t. II, p. 16.

(7) *Loc. cit.*, t. II, p. 98. Paris, 1801.

(8) *Traité des maladies vénériennes*, p. 98.

que des filles, après des rapports avec des hommes malsains, ne puissent, servant de véhicule, transmettre un mal qu'elles n'ont pas contracté.

Baisers, attouchements divers. — Torella fait mention de la transmission de la syphilis par les baisers. Il en donne pour cause des lésions des mamelles ou du visage ou de la bouche, soit d'une nourrice, soit de quelque autre personne, car les nourrices ont coutume d'embrasser souvent les petits enfants (1). Fernel parle également de ce mode de contagion à propos duquel Benedictus Victorius écrivait en 1581 : « Je sais d'expérience qu'un jeune homme jouissant d'une santé irréprochable avait coutume d'embrasser une femme malade depuis longtemps de la vérole ; il contracta cette maladie sans cependant avoir jamais eu d'autres rapports avec elle (2). » Almenar, Brassavole, Fallope, Léonard Botal, Bernard Tomitanus, A. Paré, Trajan Pétrone, Nic. de Blégny, Astruc, Fabre et beaucoup d'autres syphiligraphes, n'ont pas oublié de mentionner ce genre de contamination. A ce sujet Charles Musitan raconte l'histoire des religieuses de Sorrente qui prirent la vérole en embrassant une petite fille nourrie par une femme syphilitique (3). Un grand nombre d'exemples semblables ont été rassemblés par Rollet (4) ; donc ce mode de transmission me semble hors de doute.

L'action de coucher avec une personne infectée a été aussi regardée comme une cause de contagion par plusieurs auteurs, entre autres par Paracelse et Fernel. Guillaume Rondelet écrivait à cette occasion : « D'autres contractent la maladie en couchant avec des malades, elle se montre alors sur toute la peau, principalement au point où le contact a eu lieu (5). A. Férier et N. de Blégny (6) reconnaissent ce mode de contagion : « Coucher avec un vérolé, dit ce dernier, et le toucher à nu pendant qu'il sue ou quand il a des ulcères et des pustules sur la peau, c'est une chose qu'on peut croire très-dangereuse, principalement pour ceux qui ont les pores lâches. » Swediaur raconte que deux jeunes filles nées de parents sains, l'une âgée de douze ans, l'autre de dix, avaient toutes les deux des ulcères et des dartres dans les différentes parties du corps sans aucun mal aux parties génitales. Ces jeunes filles, exemptes de toute affection vénérienne antérieure, couchaient quelquefois avec une servante qui fut reconnue atteinte d'une éruption non équivoque et d'une *corona veneris*. Sydenham fait cette remarque que plus d'une fois des enfants, en couchant dans le lit avec leurs parents infectés l'ont été eux-mêmes. Pour mon compte j'ai vu en 1858, dans le service de M. Rayer dont j'étais l'interne, une jeune femme atteinte d'une syphilide papuleuse méconnue en ville et qui guérit en peu de jours par les pilules de Sédillot. Cette personne affir-

(1) Et hoc accidit propter mammas infectas, aut faciem, aut os nutricis seu alicujus alterius. Solent enim nutrices sæpius infantes osculari.

(2) Ego enim experientia edoctus fui juvenem inculpabili sanitate munitum, longo quodam temporis intervallo mulierem gallico morbo depravatam ore exosculari assuetum, nullo per lovem exercitato coitu, in morbum gallicum incidisse (*De morbo gallico*, lib. I, cap. II).

(3) *Tract. de lue venerea*, lib. II, cap. IV.

(4) Rollet, *Recherches sur la syphilis*, p. 272. Lyon, 1862.

(5) Alii cum ægrotis dormiendo hanc lucm contrahunt, et tunc in cute tota apparet et præsertim in ea parte qua ægrotum tetigerunt (*Aphrodisiacus*, p. 935).

(6) Nicolas de Blégny, *loc. cit.*, p. 16.

mait qu'elle n'avait jamais eu de rapports sexuels, et en cela elle disait vrai. Interrogée sur l'origine de sa maladie, elle racontait qu'elle avait couché pendant plusieurs semaines avec une de ses amies, laquelle était affectée d'une éruption syphilitique. Une jeune dame me montra un jour l'un de ses fils âgé de six ans dont la peau était couverte d'une syphilide papuleuse confluente, la bouche affectée de plaques muqueuses. L'enfant avait contracté la maladie étant en nourrice. Malgré mes avertissements réitérés, cette mère continuait à embrasser son fils, et parfois elle le mettait coucher à côté d'elle. Trois ou quatre mois plus tard elle venait me trouver et me faisait voir une éruption papuleuse des plus caractéristiques qui se modifia bientôt sous l'influence des pilules mercurielles. Elle ne s'était aperçue d'aucun bouton sur la bouche ou ailleurs. Ainsi le simple contact suffit pour la contamination, et celle-ci peut avoir lieu n'importe comment s'opère celui-là.

Vercelloni raconte avoir connu un jeune homme qui, craignant d'avoir des rapports sexuels avec une courtisane vérolée, avait cru pouvoir se permettre des attouchements, et dont la main devint malade. Mais il est des faits plus regrettables, et qu'il importe de connaître parce qu'ils renseignent sur le danger de certaines professions, de la nôtre en particulier. Ant. Lecoq dit avoir connu une sage-femme qui gagna la maladie en accouchant une femme syphilitique (1). Fernel (2) et Prosper Borgarutius citent chacun un fait semblable. Le traducteur français de Ch. de Musitan rapporte, au dire d'Astruc, deux cas du même genre. On en a observé d'autres, et aujourd'hui ces faits sont nombreux. Ajoutons que le médecin est exposé non-seulement dans la pratique des accouchements, mais encore dans toute opération qu'il peut exécuter chez des individus syphilitiques. On connaît trop l'histoire de Hournann pour que nous ayons besoin de la rappeler. Il y a quelques années, l'une de nos illustrations chirurgicales contractait dans l'exercice de sa profession un chancre à l'un des doigts.

Allaitement. — Le premier, G. Torella de Valence enseigna la transmission de la syphilis par l'allaitement. En 1498, Seb. Aquilanus, de Mantoue, écrivait que la plupart des cas de syphilis sont dus au coït ou à la succion du lait. J. Catanée raconte qu'il a vu des enfants affectés de cette maladie infecter leurs nourrices (3). G. Vella confirme les observations cliniques de ses prédécesseurs relativement à ce mode de transmission, mais il incrimine plutôt la qualité du lait que l'action d'allaiter. Dans une ode sacrée adressée à la sainte Vierge pour la prier de préserver le genre humain de la syphilis, G. Reitterius s'écrie : « L'enfant à l'aurore de la vie qui s'alimente au sein de la nourrice n'est plus en sûreté. »

Non puer tutus teneris in annis
Quem suæ lactat genitricis uber.

(1) Equidem obstetricem novi quæ dum mulieris inquinatæ partum exciperet, hoc morbo correpta fuit nulla tamen fœtus noxa communicata (*Lib. de ligno sancto non permiscendo*, cap. I).

(2) *Aphrodis.*, p. 610.

(3) Hoc etiam modo vidimus plures infantulos lactantes tali morbo infectos plures nutrices infecisse.

Benedictus, J. Almenar, Fracastor, N. Massa, font mention de la contagion de la syphilis par l'allaitement. Paracelse, A. Ferri, Ant. Lecoq, parlent aussi de ce genre de communication dont, en 1650, Brassavole rapporte un fort bel exemple (1). J. B. Montanus et A. Ferrier confirment ces données. J. Rodrigue, mieux connu sous le nom d'Amatus Lusitanus, décrit une petite épidémie qui a pour origine un nouveau-né syphilitique. Celui-ci transmet la maladie à sa nourrice, et celle-ci la communique à son mari et à ses voisines. G. Fallope, Fernel et G. Rondelet admettent aussi la contagion par allaitement. D'accord en cela avec Brassavole, ce dernier fait remarquer que la syphilis, chez les nourrices infectées, commence par des ulcères au sein. Souvent aussi, dit A. Paré, l'enfant ayant la vérole la donne à sa mère nourrice; à ce propos il raconte dans son style original et naïf le fait suivant :

Une honnête et riche femme pria son mari qu'il lui permît d'être nourrice d'un sien enfant; ce qu'il lui accorda pourvu qu'elle prît une autre nourrice pour la soulager à nourrir son enfant. Cette nourrice avait la vérole, et la bailla à l'enfant, et l'enfant à la mère, et la mère au mari, et le mari à deux petits enfants qu'il faisait ordinairement boire et manger et souvent coucher avec lui. Or, la mère, considérant que le petit enfant ne profitait aucunement, et qu'il était en cris perpétuels, m'envoya quérir pour connaître sa maladie, qui ne fut pas difficile à juger, d'autant qu'il était tout couvert de boutons ou pustules, et que les tétins de la nourrice étaient tout ulcérés; pareillement ceux de la mère, ayant sur son corps plusieurs boutons; semblablement le père et les deux petits enfants, dont l'un était âgé de trois et l'autre de quatre ans. Lors déclarai au père et à la mère qu'ils étaient tous entachés de la vérole, ce qui était provenu par la nourrice, lesquels j'ai traités et furent tous guéris; reste le petit enfant qui mourut, et la nourrice eut le fouet sous la custode, et l'eût eu par les carrefours, n'eût été de crainte de déshonorer la maison.

Pour ce père de la chirurgie française il y a deux modes de transmission de la syphilis par l'allaitement, la succion du lait seul (nous savons ce qu'il faut en croire) et le contact direct entre nourrice et nourrisson. Bern. Tomitanus fait connaître les modes d'infection des nourrices par leurs nourrissons. Léonard Botal, Fracanziani, Trajan Pétrone, P. Borgarutius (2), N. de Blégny (3), Boerhaave, Astruc, Van Swieten, Fabre enfin, sont tous d'accord sur ce fait, que la syphilis peut se gagner par l'allaitement. J'ai cru devoir exposer tout au long la doctrine ancienne relative à cet important sujet, afin de montrer comment la vérité peut tout à coup faire place à l'erreur quand l'opinion d'un seul vient à se substituer aux vérités acquises par la tradition.

Hunter, cherchant à appliquer l'expérimentation à l'étude de la syphilis, eut une conception heureuse, mais qui devait tout d'abord porter de mauvais fruits. Oubliant l'histoire du passé et confiant dans l'inoculation artificielle

(1) Voyez ce fait dans *Aphrodisiacus*, p. 668. Brassavole, en même temps qu'il relate ce fait, indique le moyen de savoir lequel, du nourrisson ou de la nourrice, a infecté l'autre.

(2) Voyez, pour les indications bibliographiques, Luisinus, *Aphrodisiacus*, etc., et Ricordi, *Sifilide da allattamento*. Milano, 1865.

(3) *L'Art de guérir les mal. vénér.*, 1674.

qu'il ne sut pas prendre à sa juste valeur, il nia la contagion des formes secondaires et la transmission de la syphilis par l'allaitement. Et cependant le fait clinique ne lui échappa point ; si son imagination ou son système le faisait dévier, son esprit d'observation le replaçait bientôt sur la voie. Effectivement, on trouve dans son traité deux faits du plus grand intérêt, où des enfants affectés de syphilis héréditaire deviennent cause de l'infection de nourrices et de nourrissons.

Malgré les expériences ingénieuses de Hunter, le dogme de la transmission de la syphilis par l'allaitement ne continua pas moins à être professé par beaucoup d'observateurs. Ainsi Babington, B. Bell, Bosquillon, firent opposition à la doctrine du chirurgien anglais, lequel trouva toutefois des partisans dans Girtanner, Barbantini, Vacca Berlinghieri, Monteggia, Pressavius, Rosen de Rosenstein, Paletta ; mais Doublet, Swediaur, Bertrandi, Ploucquet, Mahon, Vassal, Bertin, Bourgogne, Lagneau, Petit-Radel, Colles, Baumès, Egan, Viani, Pietrini, Bertherand et beaucoup d'autres, d'accord avec la tradition, cherchèrent à réfuter les opinions du célèbre syphiligraphe. Les sectateurs de Hunter étaient donc en petit nombre, quand vint Ricord, le grand partisan de la doctrine hunterienne. Confiant comme son devancier dans les résultats de l'inoculation, i. tomba dans la même erreur. L'un de ses principaux élèves, Diday, n'accepta pas entièrement la doctrine du maître. « Il demeure établi, écrivait-il dès 1854, que le contact de la bouche d'un nourrisson avec le sein d'une nourrice syphilitique doit être soigneusement évité. » Depuis lors il s'est montré partisan décidé du dogme opposé, que Bardinet, Putegnat, Bouchut (1), Valery, Rollet, Ricordi de Milan, etc., ont aujourd'hui rendu inattaquable.

La nourrice ou le nourrisson peut être l'agent syphilifère. La nourrice, lorsque, sous le coup d'une syphilis primitive ou secondaire, elle allaite un enfant non infecté, et qu'un accident syphilitique secondaire vient à se développer sur un de ses seins, ou quand un chancre, lui est transmis par une personne étrangère pratiquant la *succion*, fait dont il se trouve des exemples dans la science (2). Ajoutons que tout contact, direct ou indirect (3), peut conduire au même résultat ; ainsi Bertin a vu un enfant infecté déposer sur le sein de celle qui l'allaitait la matière virulente qui servit

(1) Bouchut, *Transmission de la syphilis des nouveau-nés aux nourrices* (*Gaz. méd. de Paris*, 1850). — Comparez Candelon, *Modes de transmission de la syphilis chez les nouveau-nés*. Thèse de Paris, 1852.

(2) On a vu des épidémies de syphilis survenir à la suite de ce procédé. Consultez à ce sujet : A. Everard, *Collatio antiqui morbi recrudesc. cum gallico vel indico morb.* Mediol., 1661. — Albert, *Dissertatio de osculo morbifico et morbifero*. Halle, 1726. — E. Barry, *Account of a malignous lues venerea communicated by the succion in the city of Cork*. Edinburgh, 1728, et *Medical Essays and Observ.*, t. III, n° 21, p. 323 et suiv. On trouve dans ce recueil un fait intéressant qui est aussi rapporté dans Van Swieten, *Comment. in H. Boerhaavii Aphorism.*, t. V, p. 348. — Ploucquet, *Initia bibliothecæ medico-practicæ et chirurgicæ*. Tubingue, 1803. — Jacob Munniks, *Observationes variæ*, diss. inaug. Groningæ, 1805 ; et *Journ. gén. de méd., de chirurg. et de pharm.*, 1805, t. XXIV, p. 337 ; *Histoire d'une maladie syphilitique propagée par une femme qui faisait métier de teter les nouvelles accouchées, et qui a régné à Groningue en* 1804. — Bourgogne, *Considérat. générales sur la contagion de la maladie vénérienne des enfants trouvés à leurs nourrices*. Lille, 1815. — Le même, *Journ. de Bruxelles*, t. XLIII, p. 97, 1866.

(3) Voy. Ricord, *Lettres sur la syphilis*, p. 166, 167, 2e édit.

à infecter un autre nourrisson (contagion médiate). La cause la plus fréquente de contamination par la nourrice tient aux plaques muqueuses qui, sous l'influence de la succion, ne manquent guère de se développer à la surface ou au voisinage du mamelon.

Le nourrisson est ordinairement le syphilifère. La syphilis qu'il transmet peut provenir de trois sources. Elle est héréditaire, ce qui est le cas le plus habituel; elle a été gagnée par l'allaitement d'une nourrice étrangère; elle résulte d'un contact quelconque, direct ou indirect. Si le contact est direct ou immédiat, c'est en général un frère de lait qui transporte le mal; dans le cas contraire, les instruments de toutes sortes, les linges surtout, la vaccination, peuvent être autant de causes capables de développer la syphilis chez l'enfant. Ces différents modes, dans les détails desquels nous ne pouvons entrer, sont du reste faciles à concevoir; il importe de prévoir leur éventualité, et de ne pas oublier que dans de semblables circonstances on a plusieurs fois vu apparaître des épidémies syphilitiques.

Déjà nous avons fait connaître celles de ces épidémies dont le rapport nous a été laissé par les anciens auteurs; mais il en est qui ont été observées plus récemment. Portal raconte qu'une sorte d'épidémie scrofuleuse régna à Montmorency parmi les enfants qui étaient en nourrice. Le mal devint si grand dans cette localité, que le gouvernement y envoya Morand et Lassonne, lesquels reconnurent que la plupart des nourrices étaient syphilitiques (1). En mars 1844, Petrini soigna un enfant adultérin, né d'une mère syphilitique : cet enfant infecta deux nourrices qui communiquèrent leur mal à leurs maris et à leurs deux enfants (2). Un fait qui donna lieu à une plus grande extension de la syphilis a été vu par Jolly (3), un autre a été rapporté par Facen (4). Dans son excellent travail sur la syphilis par l'allaitement, Ricordi (5) a consigné des observations non moins curieuses et intéressantes. En 1863, à Cazorezze, un enfant trouvé, affecté de syphilis héréditaire, causa l'infection de vingt-trois individus. La même année, à Uholde, un enfant trouvé, également atteint de syphilis héréditaire, transmit la maladie à dix-huit individus. Une troisième épidémie, développée dans les mêmes circonstances, a régné enfin en 1864 à Marcalle, où elle a fait seize victimes. Il serait facile de rassembler un plus grand nombre de faits de ce genre; mais ceux qui précèdent sont suffisants, à notre avis, pour faire comprendre la nécessité d'une police médicale dans le but de prévenir de pareils désastres.

Je ferai remarquer en terminant, et c'est là un point qui ne manque pas d'une certaine importance pratique, que le nourrisson qui a hérité de la syphilis n'infecte pas plus sa mère que celle-ci n'infecte son nourrisson. C'est toujours la conséquence de cette loi que la syphilis ne se double pas. Colles (6), en 1837, donna comme règle constante cette observation, qu'un

(1) Citation de Lugol, *Des maladies scrofuleuses*, Paris, 1844, 120.
(2) *Il Raccoglitore medico*, n° de juillet 1850.
(3) Voy. *Journ. med.-chirurg. et pharm, de Bruxelles*, 1853, p. 92.
(4) *Gaz. méd. Lombard.*, n° 1, mai 1849.
(5) Ricordi, *Sifilide da allattamento*. Milano, 1865.
(6) *On the venereal disease*. 1837, p. 385.

nouveau-né affecté de syphilis congénitale ne déterminait jamais d'ulcérations au sein de sa mère, même lorsqu'il portait des ulcères à la bouche, tandis qu'il pouvait dans ces conditions infecter une nourrice étrangère. Baumès (1), en 1840, fit la même observation que vinrent confirmer plus tard les recherches d'Egan (2) et celles de Cullerier (3).

Vaccination. — Destinée à nous préserver d'une maladie des plus graves, la vaccination est quelquefois un mode de transmission de la syphilis, dans lequel le virus n'est plus transmis par un contact immédiat, mais par l'intermédiaire d'un objet quelconque ; la contagion est dite alors médiate. A peine entrevu par A. Leroy (4), ce danger de la vaccination paraît avoir été signalé tout d'abord en Angleterre (5), et plus tard en Italie par Monteggia (6) et Marcolini (7). Ce dernier auteur observa une épidémie analogue à celle dont nous venons de parler à propos de la transmission de la syphilis par l'allaitement. Une petite fille née de parents syphilitiques servit à vacciner, le 16 juin 1814, dix enfants ; on en vaccina trente autres le 30 du même mois, en tout quarante ; parmi les inoculés, plusieurs moururent de vérole confirmée ; quelques enfants eurent conjointement la syphilis et la vaccine. Autre fait : en 1822, un enfant sain en apparence, mais plus tard reconnu syphilitique, servit par le même procédé à la transmission de la syphilis à une petite fille.

Cerioli était, en 1821, témoin de faits analogues. Une petite fille âgée de trois mois, saine en apparence, et dont le vaccin était très-régulier, servit à vacciner quarante-six enfants ; presque tous furent infectés, dix-neuf succombèrent. La plupart des nourrices et des mères contractèrent la syphilis par l'allaitement (8). En 1841, un enfant des environs de Crémone, né de parents syphilitiques, fournit le vaccin à soixante-quatre enfants, et presque tous ces enfants eurent des symptômes de syphilis générale. Les mères et les nourrices ne furent pas épargnées. Sur les soixante-quatre vaccinés, cinquante-quatre guérirent ; huit enfants et deux femmes succombèrent, l'enfant vaccinifère finit par mourir hydropique, après avoir présenté diverses éruptions à la peau et des ulcères syphilitiques aux parties génitales et au scrotum (9). Pitton (10), en 1844, Ceccaldi (11), en 1845, observèrent aussi des cas de transmission de la syphilis par la vaccine ; mais ces faits peuvent laisser matière au doute, et l'on

(1) *Précis théoriq. et pratiq. des malad. vénér.*, p. 180.

(2) *The Dublin quarterly Journ.*, mai 1846.

(3) *Des symptômes consécutifs de la syphilis, considérés dans leurs rapports avec l'allaitement.* Bulletin général de thérapeutique, 1850, p. 559.

(4) *La clef du cabinet des princes*, an X, obs. 11 et 12.

(5) Consultez : B. Moseley, *A treatise on the Lues bovilla or Cow-pox*. London, 1805. Trad. franç. par Depping dans le recueil intitulé : *La vaccine combattue dans le pays où elle a pris naissance*. Paris, 1807. W. Rowley,—*Commentaries on the Lues bovilla or Cow-pox*. London, 1806.

(6) Monteggia, Mém. lu, le 17 février 1814, à l'Institut de Milan. Voy. *Annali universali di medicina* di Annibale Omodei. Milano, 1824.

(7) *Ibid.*

(8) Cerioli, dans Barbantini de Lucques, *Del contagio venereo*, etc. 1821, et *Ann. universali di medicina* di Omodei, t. XIX; *Revue méd.*, t. III, p. 51.

(9) Cerioli, dans *Gazetta medica di Milano*, 14 octobre 1843, t. II, n° 4.

(10) *Journ. des connaiss. méd.-chirurg.*, 1844.

(11) *Revue méd.-chirurg.* Paris, 1853, t. XIII, p. 121.

se demande, après les avoir lus, si la vaccination a été la cause efficiente ou simplement l'occasion du développement de la syphilis chez le nouveau-né. Une observation plus positive est rapportée par Viani. Un enfant qui avait déjà infecté quatre nourrices, dont l'une communiqua la syphilis à un autre nourrisson, servit à la réinoculation vaccinale de son oncle et de sa tante qu'il infecta aussi. Le vaccinateur, Viani lui-même, ignorait les antécédents de l'enfant (1).

Des faits peu différents et dans lesquels il y a aussi lieu de soupçonner la transmission de la syphilis par la vaccine, sont rapportés par Monnell et par d'autres observateurs (2). L'attention du monde médical était dès lors éveillée sur ce mode de contagion, lorsque deux procès intentés en Allemagne, l'un au vétérinaire B..., l'autre au docteur Hubner, vinrent tout à coup lui donner un grand retentissement. Dix familles sont revaccinées, et, à la suite de l'opération, dix-neuf individus sur vingt-quatre sont reconnus atteints de syphilis. Le vétérinaire B..., auteur de ces revaccinations, est poursuivi devant les tribunaux, condamné à deux ans de prison et à une amende de 50 thalers (3). En 1852, le 16 juin, treize enfants d'un village sont vaccinés le même jour, dans la même séance, et avec le même vaccin, celui d'un enfant réputé syphilitique ; des ulcères se développent bientôt aux endroits vaccinés chez huit d'entre eux, et environ trois mois plus tard apparaissent des éruptions syphilitiques ; chez les cinq autres on ne constate aucun symptôme anormal (4).

Malgré ces nombreux et regrettables faits, la possibilité de la transmission de la syphilis par la vaccination n'était pas généralement acceptée, quand parut, en 1860, l'intéressant travail du docteur Viennois (5), qui, de l'examen approfondi des faits produits, a tiré cette conclusion que c'est le sang et non le virus qui est l'agent de transmission de la syphilis. Dans un mémoire publié peu après, Rollet (6) est arrivé à la même conséquence, et dès lors les faits se sont multipliés.

Galligo écrivait en août 1860 (7) : « On a remarqué dans les environs de Florence, à la Rufina, la transmission de la syphilis chez quatorze enfants vaccinés avec le virus-vaccin d'un enfant qui, tout en ayant l'apparence d'une santé parfaite, était (d'après les informations reçues) issu de parents qui, peu de temps auparavant, avaient été atteints de graves phénomènes consécutifs. »

Vers la fin de mai 1861, un enfant de Rivalta, âgé de onze mois et jouissant

(1) *Gazetta medica Lombarda*, 1849, et *Gaz. méd. de Paris*, 1849, p. 874.

(2) Monnell, *New-York med. Times*, 1854. — James Whitehead, *Third report on the clinical hospital*. Manchester, 1859. — J. Lecoq, *Gaz. des hôpitaux*, 1859, p. 598. — Guyenot, *De l'inoculation de la syphilis const.* Thèse de Paris, 1859.

(3) Voy. Wegeler, *Medizinische Zeitung*, 3 avril 1850.

(4) Voy. Sée, *Gaz. hebdom. de méd. et de chirurg.*, 9 mars 1855. — Broca, *Soc. de chirurg.*, t. V. — Consultez : Pauli de Landau, *Ueber Contagiosität und Erblichkeit der Syphilis*, etc., Manheim, 1859. — Friedenger, *Erfahrungen über Vaccine und syphilit. Krankh.*, etc., Vienne, 1855. — J. Heine, *Beiträge zur Lehre von der Syphilis in ihrer Verbindung mit Vaccine und Diphtheritis*. Würzburg, 1854.

(5) Viennois, *De la transmission de la syphilis par la vaccination* (*Arch. gén. de méd.*, juin et septembre 1860).

(6) Rollet, *Recherches sur la syphilis*, Paris et Lyon, 1861, p. 372 et suivantes.

(7) *Gaz. hebd. de méd. et de chirurg.*, n° 31, p. 519 ; 1860.

d'une parfaite santé, est vaccine avec du virus renfermé dans un tube provenant du conservateur d'Aqui (1). Dix jours après, le 7 juin, on prit du vaccin dans les pustules de cet enfant, et l'on s'en servit pour inoculer dans une seule séance quarante-six enfants, qui tous étaient parfaitement sains. Le 12 du même mois, dix-sept autres enfants furent vaccinés avec du liquide de l'un des quarante-six de la première série. Le chiffre des vaccinés s'est ainsi élevé à soixante-trois, et sur ce nombre quarante-six ont été infectés : trente-neuf sur les quarante-six de la première série et sept sur les dix-sept de la seconde ont présenté des traces de syphilis. Le 7 octobre, sur vingt-trois de ces enfants, six étaient morts sans traitement, quatorze étaient en voie de guérison, trois étaient en danger ; les vingt-trois autres se trouvaient dispersés dans diverses communes. Vingt mères ou nourrices furent infectées (2). Une épidémie assez semblable, dont le point de départ est un peu plus obscur, a été observée par le docteur Glutter. Dans un village de 650 habitants, 34 individus d'âge et de sexe différents furent atteints d'accidents syphilitiques de la bouche et de la gorge après la vaccination ; malheureusement il ne fut pas possible de déterminer d'une façon exacte le sujet vacciné qui était affecté de syphilis.

En 1856, à Lupara, dans le royaume de Naples, le docteur Marone vaccine dans les premiers jours de novembre un certain nombre d'enfants avec du vaccin en tube, qui venait de Campo-Basso et qui se trouvait coloré par un peu de sang. Un premier enfant reçut le vaccin et le transmit ensuite aux autres ; vingt-trois de ces enfants, y compris le vaccinifère, formant la presque totalité des vaccinés, quoique nés de parents sains et exempts d'accidents vénériens, furent atteints de syphilis à la suite de la vaccination. Les mères de ces enfants contractèrent à leur tour la maladie. Dans une seconde série de vaccinations pratiquées avec du vaccin provenant des premiers vaccinés, onze autres enfants eurent la vérole, et, comme ceux-ci, ils infectèrent leurs mères ; celles-ci infectèrent onze nourrissons qu'elles avaient, et quelques-unes d'entre elles communiquèrent la maladie à leurs maris. De toutes jeunes filles furent aussi infectées par leur contact avec les nourrissons ou avec les enfants (3).

Trousseau a été témoin d'un fait de syphilis vaccinale qui s'est présenté à sa clinique dans le courant de l'année scolaire 1861-1862. Une jeune femme, âgée de dix-huit ans et qui n'avait aucun symptôme de syphilis, est vaccinée avec du liquide provenant de pustules vaccinales régulières. Le résultat fut presque nul, ce qui n'étonna pas, puisqu'elle avait été déjà vaccinée. Mais un

(1) Il a paru depuis au docteur Pacchiotti que cet enfant avait pu contracter la syphilis d'une nourrice. — Pacchiotti, *Sifilide trasmessa per mezzo della vaccinazione, in Rivalta presso Acqui*. Torino, 1862. — H. Lee, *De l'inoculation syphilitique*, traduite en français par E. Baudot, 1863.

(2) Voy. *Gazetta medica italiana*, 4 novembre 1861, et *Gaz. hebd.*, 1861. — Pacchiotti, *loc. cit.* — Consultez : Jaccoud, dans *Gaz. hebd.*, 1861. — Amédée Latour, Cerise, Lachèse, dans *Union méd.*, même année. — Venot, dans *Journ. de Bordeaux*, mars 1862, p. 117. — Will. Acton, *British med. Journal*, 22 février 1862.

(3) *L'Imparziale*, n° du 1er mars 1862, p. 142. — Pacchiotti, *loc. cit.*, p. 99. — H. Lee, *loc. cit.*, p. 76, et *The Lancet*, 1862, t. I, p. 567. — Consultez Stricker, dans *Virchow's Archiv*, t. XXII, p. 285-312, 1861.

mois plus tard, survinrent deux pustules ecthymateuses aux bras, et peu de temps après une roséole syphilitique. Chez quatre enfants qui avaient été inoculés en même temps, tout se passa régulièrement. Auzias Turenne (1) a rapporté plusieurs faits de syphilis observés dans de semblables conditions. Chassaignac (2) a mis sous les yeux de la Société de chirurgie un enfant chez lequel on ne pouvait invoquer de syphilis héréditaire et qui cependant fut atteint de syphilis quelque temps après avoir été vacciné. Devergie (3) et Hérard (4) ont communiqué chacun un fait du même genre à l'Académie de médecine. Viennois y a fait connaître deux observations du docteur Adelasio de Bergame (5). Millard (6) a rapporté aussi un cas de syphilis vaccinale. Laroyenne (7), Rodet de Lyon (8), Bouvier (9), ont publié des faits semblables. Roger et Depaul (10), délégués par l'Académie de médecine pour faire un rapport sur une nouvelle épidémie vaccino-syphilitique observée à Auray (Bretagne), trouvèrent que sur cent quarante enfants vaccinés par une sage-femme, en deux fois, la plupart présentaient des manifestations syphilitiques ayant eu leur point de départ évident aux lieux d'inoculation.

Telle est, bien qu'encore incomplète, la longue série d'observations qui prouvent aujourd'hui, d'une façon indubitable pour le plus grand nombre des médecins, la transmission de la syphilis par la vaccination. Ces observations sont rapprochées dans le tableau ci-dessous :

Cas de	Cerioli	46	vaccinés.	40	infectés.	6	sains.
—	Tassani	64	—	46	—	18	—
—	Wundartz B.	24	—	19	—	5	—
—	Hübner	13	—	8	—	5	—
—	Moneli (New-York)	1	—	1	—	»	—
—	Marcolini	40	—	40	—	»	—
—	Viani	2	—	2	—	»	—
—	Lecoq	2	—	2	—	»	—
—	Galligo	14	—	14	—	»	—
—	Rivalta	63	—	46	—	17	—
—	Bidard	6	—	»	—	6	—
—	Moutain	30	—	»	—	30	—
—	Schreier	2	—	»	—	2	—
—	Trousseau	5	—	1	—	4	—
—	Marone	34	—	34	—	»	—
—	Devergie	1	—	1	—	»	—
—	Chassaignac	1	—	1	—	»	—
—	Hérard	1	—	1	—	»	—
—	Adelasio	2	—	2	—	»	—
	Total	351		258		93	

(1) Voy. *Courrier médical*, 1863.
(2) *Bullet. de la Société de chirurg.*, séance du 26 août 1863.
(3) Devergie, *Bullet. de l'Académie de méd.* Paris, 1862-1863, t. XXVIII, p. 664.
(4) Hérard, *Ibid.*, p. 1189.
(5) *Bullet. de l'Acad. de méd.* 1864-1865, t. XXX, p. 20.
(6) *Bullet. de la Société méd. des hôpit.*, t. II, série 2, p. 221, année 1865.
(7) *Gaz. médicale de Lyon*, 16 juin 1864.
(8) *Ibid.*, 1865, p. 35.
(9) *Bullet. de l'Acad. de méd.*, séance du 28 février 1865. — Voyez encore *Gaz. des hôpit.*, 22 octobre 1864.
(10) *Bullet. de l'Acad. de méd.*, et *Rapport sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année* 1865, Paris, 1867. — Lediberder a plus tard nié que l'épidémie d'Auray fût syphilitique, voyez *Bullet. de l'Acad. de méd.*, séance du 8 mars 1870.

Je sais bien qu'il existe des faits négatifs ; mais ces faits, supposé même que l'interprétation rationnelle de Viennois ne leur soit pas toujours applicable, ne prouvent rien vis-à-vis des nombreux faits positifs ci-dessus rapportés. Dans une célèbre discussion soulevée devant l'Académie de médecine (1), les avis furent partagés ; mais en définitive la plupart des membres, sinon tous, ont fini par reconnaître qu'il n'était plus possible de nier ce mode de contagion syphilitique qui eut pour défenseurs MM. Depaul, Trousseau et Bouvier. La Société médico-chirurgicale de Londres (2) a été saisie de la même question, par H. Lée et par Jon. Hutchinson ; ce dernier a raconté que sur douze enfants vaccinés par lui, tous, à l'exception d'un seul, eurent des boutons de vaccine, et que tous, excepté deux, eurent des chancres indurés dans les boutons. La transmission de la syphilis par la vaccination est donc un fait incontestable ; il ne reste plus aujourd'hui qu'à trouver les moyens propres à empêcher ce genre de contagion, c'est ce que nous chercherons plus loin.

Opérations diverses. Scarifications, tatouage, cathétérisme, etc. — La syphilis vaccinale n'est pas toujours l'effet d'un vaccin vicié, elle peut tenir quelquefois à la malpropreté de l'instrument qui dans une série de vaccinations se sera chargé d'un sang infecté. L'auteur de la contagion n'est plus alors le vaccinifère, mais bien un des vaccinés, comme il est arrivé dans un fait observé par Lorain (3) en 1866, à l'hôpital Saint-Antoine. La vaccination n'est pas la seule opération à l'aide de laquelle on puisse transmettre la syphilis. En 1577 il exista, comme nous le savons, à Brunn en Moravie, une épidémie syphilitique dont on finit par trouver l'origine dans les scarifications que s'étaient fait faire un certain nombre de personnes par un baigneur étuviste de la ville (4). Des faits du même genre ont été observés à Bamberg en 1603 par Sigismond Snizer, à Ulm, en 1662, par G. Horst et à Windsheim, en 1624, par Marc Widemann, sur plus de soixante-dix personnes. La maladie chez toutes avait été causée par l'emploi des ventouses (5). Plus certainement encore que dans la vaccination, le sang est ici l'agent de transmission.

L'opération du tatouage aurait été parfois aussi, paraît-il, un moyen de propagation de la syphilis (6). Chose plus triste à dire, mais que nous ne pouvons cacher, des opérations pratiquées par des médecins ou des chirurgiens peu soigneux ont, dans quelques circonstances, produit la contamination syphilitique. C'est ainsi que, dans ces dernières années, on put observer à Paris même des cas de syphilis qui parurent n'avoir d'autre origine que le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Dans la séance de la Société médicale

(1) Discussion sur la syphilis vaccinale, *Bulletin de l'Académ. de méd.*, année 1865.

(2) *Royal medical and surgical Society*, années 1868, 1871 et 1873. *Gaz. méd. de Paris*, p. 422-434, 1872, et p. 271, 1873. — Jon. Hutchinson, *Report on two series of cases in which syphilis was communicated in the practice of vaccination*, London, 1871. — Comparez Auspitz, *Syphilis vaccinale*, Archiv f. Dermat. und Syphilid. III, p. 114, 1871.

(3) R. Petit, *Transmission de la syphilis par la vaccination*. Thèse de Paris, 1867.

(4) Voy. l'Historique, p. 21.

(5) Voy. Astruc, *De morbis venereis*, 1748.

(6) Voy. Pétry, *Uebertragung der secundäre Syphilis durch das Tätlowiren* (*Allgem. Wien. med. Zeitung*, n° 14, 1859).

des hôpitaux du 28 septembre 1861 (1), une malade fut présentée par Lallier, laquelle s'était trouvée infectée de cette façon, et dans la séance suivante, 12 octobre, treize faits de ce genre de communication furent cités par différents membres. Il est vrai toutefois, selon la remarque du docteur Roger, que quelques-uns de ces faits, un petit nombre en tout cas, pouvaient faire double emploi. En 1863, mon ami le docteur Maurice Raynaud me montra à l'hôpital Saint-Louis, dans le service du professeur Hardy, une victime de ce genre d'opération. Un fait qui demande à être rapproché des précédents fut publié, en 1866, dans la *Gazette hebdomadaire*. Heureusement pour l'honneur du corps médical parisien, nous devons dire que tous les malades dont il est ici question avaient reçu les soins du même spécialiste (2). Un point à noter, c'est la gravité de la syphilis dans un grand nombre de ces cas.

Il est évident que le cathétérisme de la vessie est susceptible des mêmes inconvénients. S'il n'y a jusqu'ici aucun fait qui signale ce mode de contagion, n'est-ce pas à cause du siége même du mal? Enfin on a vu la circoncision (3), l'application d'un spéculum malpropre, des érignes, transporter le principe du chancre (4), et l'on comprend combien il serait aisé de produire des faits malheureux à l'aide du laryngoscope, du bistouri, de la lancette (5). Les linges à pansements peuvent être eux-mêmes des moyens de contagion, de sorte que le chirurgien comme le médecin ne peuvent prendre trop de soins de propreté dans l'exercice de leur profession. Il est une opération chirurgicale maintenant tombée en désuétude et dans laquelle aussi la syphilis a pu se transmettre, c'est la transplantation des dents. Quelques observations rapportées à ce sujet par Hunter ne paraissent laisser que peu de doute, malgré l'avis contraire de ce chirurgien (*Œuvr. compl.*, p. 666).

Professions. — Il est parfaitement prouvé aujourd'hui que certaines professions ont quelquefois servi à propager la syphilis. Plusieurs faits de transmission de cette maladie chez les ouvriers qui soufflent le verre ont été observés par les médecins de Rive-de-Gier, où existe une usine destinée à la fabrication de la verrerie. Le docteur Niobis, médecin de cette localité, a vu pour son compte une dizaine de cas de ce genre, et Rollet (6), qui a pu en vérifier l'exactitude, les a invoqués avec raison comme preuves de la contagiosité des lésions secondaires. C'est qu'en effet les plaques muqueuses, toujours si fréquentes à la bouche, sont, dans ces conditions, bien plus souvent que le chancre, les accidents contaminants. Rien du reste ne favorise mieux la transmission morbide que l'obligation pour un ouvrier de prendre immédiatement et

(1) Voy. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, année 1864, p. 299, 213, 231, et année 1865, p. 134 et 136.

(2) Un nouveau fait vient de paraître (voy. *Gaz. méd. de Lyon*, 1er mars 1866).

(3) Ricord, *Lettres sur la syphilis*, p. 98, et *Gaz. des hôpit.*, 1862.

(4) Tardieu, *Étude médico-légale sur les maladies accidentellement et involontairement produites par imprudence, négligence ou transmission contagieuse, comprenant l'histoire médico-légale de la syphilis* (*Ann. d'hygiène et de méd. légale*, 2e série, t. XXI, p. 371).

(5) Voyez un cas de syphilis qui paraît avoir été transmise par la saignée, dans *Ephemer. nat. curios. decur.*, ann. V, obs. LI.

(6) *Archives de méd.*, 1859. — *Gaz. méd. de Lyon*, 16 nov. et 1er déc. 1862. — Comparez Dechaux, *Épidémie syphilitique à la verrerie de Montluçon* (Gaz. méd de Lyon, nos 15 et 16, 1867).

de presser entre ses lèvres le tube de fer (canne) qu'un de ses camarades atteint de lésions buccales vient lui-même de tenir dans sa bouche. Il a suffi de connaître ce foyer de contagion pour l'éteindre. Diday a proposé de faire visiter les ouvriers tous les quinze jours et de n'admettre dans les ateliers que ceux qui seraient porteurs d'un certificat de santé délivré par le médecin. Chassagny, dans la crainte que ce moyen ne paraisse vexatoire aux ouvriers, conseille de se servir d'un *embout* dans lequel pourrait s'introduire la canne. Chaque ouvrier, ayant son embout, cesse nécessairement d'être exposé. Ce moyen très-applicable a été aussi recommandé par Viennois au congrès de Rouen (1).

Objets divers. Ustensiles de ménage, linge, habits, etc. — Léonard Botal rapporte qu'un de ses intimes amis, homme de bien et de probité, fut cruellement attaqué de la maladie vénérienne et qu'il protesta toujours avec les plus grands serments qu'il ne pouvait comprendre d'où lui était venue cette maladie, à moins que ce ne fût pour avoir bu dans le verre d'un homme avec lequel il vivait familièrement et qui en était alors violemment tourmenté (2). Dans l'intéressant mémoire de Rollet (3), on trouve le fait d'une jeune femme de mœurs irréprochables qui contracta une syphilis dont la première manifestation fut un chancre à la lèvre. Après un interrogatoire qu'il fit subir à cette malade, en présence de sa mère et de son mari, Rollet resta persuadé que la maladie avait été communiquée par la cuisinière. Celle-ci, malade depuis huit ou dix mois, avait l'isthme du gosier envahi par une éruption de plaques muqueuses confluentes, et la jeune dame avait l'habitude de goûter tous les mets que lui préparait sa domestique, avec la même cuiller et immédiatement après elle. La pipe, cet objet si répandu et qui se prête si facilement et si volontiers à des amis, doit compter aussi parmi les ustensiles qui servent à communiquer la syphilis : ce moyen de transmission, que certains faits rendent peu contestable, a été observé par nous sur un ami.

L'usage de linges provenant d'individus infectés est une autre cause de propagation de la syphilis, qui, si l'on en croit les auteurs anciens, n'est pas extrêmement rare. Nicolas Massa (4) prétend avoir guéri un de ses amis, qui avait pris le mal pour avoir couché seulement une nuit dans des draps qui avaient servi à un homme affecté d'un ulcère vénérien à la jambe. Fabrice de Hilden (5) rapporte qu'une jeune fille de quinze ans, faisant le carnaval dans une assemblée de seigneurs et ayant changé d'habits avec un jeune homme, contracta des pustules et des ulcères véroliques aux parties naturelles par le seul attouchement des caleçons, qui étaient infectés. Ces deux faits et cet autre d'Ant. Fracanziani (6), qui dit avoir vu une jeune fille de sept ans qui avait

(1) Voy. *Gazette hebdomadaire*, p. 666, 1863.

(2) *Lib. de luis venereæ curandæ ratione*, cap. IV.

(3) Rollet, *Recherches cliniques et expériment. sur la syphilis*. Lyon, 1862, obs. XXVI et XXIX.

(4) Nicolas Massa, *Lib. de morbo gallico*, tract. I, cap. II.

(5) Fabrice de Hilden, *Obs. chirurg. et méd.*, 1716, centur. I, obs. C.

(6) Cité par Astruc, t. II, p. 10.

gagne le mal pour avoir porté une robe de peau dont s'était servie une femme vérolée, n'auraient sans doute pas une grande valeur aujourd'hui, si un observateur distingué de notre époque, H. Clerc, n'avait remarqué un exemple fort peu différent. Un vieillard de plus de soixante-dix ans, qui depuis de longues années n'avait pas eu de rapports sexuels, fut atteint d'un chancre infectant du gland, lequel, selon toute apparence, provenait du frottement de l'organe contre un pantalon d'origine très-suspecte qu'il portait depuis environ deux mois (1). Gabriel Fallope (2) dit s'être entretenu avec un vieillard qui avait chez lui deux vérolés pleins d'ulcères aux parties postérieures et qui assurait avoir pris ce mal par l'usage des mêmes latrines. Il n'est guère possible d'ajouter foi à un semblable fait; néanmoins j'ai voulu signaler cette observation dont le lecteur sera juge, car je tenais à fixer l'attention sur ce point, que la contagion médiate de la syphilis est plus fréquente qu'on ne le pense communément.

CONDITIONS ET RÉSULTAT IMMÉDIAT DE LA CONTAGION.

Quels que soient le produit de sécrétion qui renferme le virus et le mode suivant lequel cet agent morbide se trouve transporté, il faut, pour que la contagion ait lieu, que cette semence tombe sur un terrain, et pour qu'elle puisse y germer, il est encore nécessaire qu'elle le pénètre, sans quoi elle se dessèche et reste stérile. Nous savons que tout individu en puissance de syphilis est incapable de contracter de nouveau cette maladie, et que des nourrices contaminées n'éprouvent aucun accident de la part d'un nourrisson syphilitique. En dehors de ces cas, il est de fait que certains individus sont réfractaires à la syphilis sans qu'il soit possible de savoir si c'est l'effet d'une disposition générale ou d'un état purement local. Ces deux conditions peuvent exister. Nous connaissons peu les dispositions générales relatives à cette immunité; pour ce qui est de l'état local, il paraît certain que la condition essentielle de l'introduction du virus est une érosion cutanée ou épidermique. Fabre croit l'absorption possible en dehors de toute espèce de plaie, mais il admet qu'elle est plus facile lorsque le virus est déposé sur une muqueuse recouverte d'un léger épithélium. Ricord (3) pense au contraire, avec le plus grand nombre des syphiligraphes modernes, que la présence d'une écorchure est de rigueur. Les nombreux faits de contagion que nous avons rappelés plus haut ne laissent pas le moindre doute à cet égard. Les régions ordinairement contaminées, comme les lèvres et le sein, ne se font-elles pas remarquer par leur tendance aux déchirures? Les cas déjà cités de femmes infectant des individus après un coït impur, tout en restant saines, ne sont-ils pas un argument sérieux relativement à la nécessité d'une excoriation dans l'absorption du virus syphilitique?

Le chancre, a dit Ricord, est l'exorde obligé de la syphilis acquise. Cette loi a été confirmée depuis par des recherches nombreuses, et en particulier par

(1) Voyez A. Martin, thèse citée, p. 44.
(2) G. Fallope, *De morbo gallico tractatus*, cap. XXII.
(3) Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 3e édit. Paris, 1863, p. 183.

celles de Fournier, qui, sur un relevé de 1046 malades hommes, a trouvé que le chancre avait pu être constaté 1033 fois, et cela soit d'après les rapports des malades, soit d'après le résultat d'une investigation personnelle. Treize fois seulement sur ce chiffre, le chancre ne put être retrouvé comme origine, ce qui ne prouve pas évidemment qu'il ait fait défaut. Lorsque la contagion de l'accident primitif était seule admise, la loi posée par Ricord devait paraître toute naturelle; mais le jour où la contagiosité des accidents secondaires fut prouvée, on pouvait se demander si cette même loi était toujours vraie. Les observations ne se firent point attendre, et bientôt aussi une discussion de priorité s'engagea; mais sur ce point comme sur tant d'autres, il existait déjà des données importantes, qu'il eût été bon de rappeler tout d'abord.

Brassavole en 1550 (1), Rondelet (2) en 1574, écrivaient que chez les nourrices infectées, la vérole commence par des ulcères du sein. A. Trajan Pétrone tenait un langage assez semblable (3). « La première partie qui est affectée (chez les nourrices), dit Fabre (4), est le mamelon, parce que la bouche de l'enfant l'imprègne d'une salive infectée. Il survient donc à cette partie, d'abord une phlogose douloureuse et ensuite des petits boutons qui se changent en ulcères ou chancres; très-souvent les glandes des aisselles ou celles du col se gonflent en même temps, de même que celles des aisnes, où il survient des bubons, lorsque les chancres occupent les parties de la génération. Après ces symptômes primitifs, la nourrice en éprouve d'autres qui caractérisent la vérole confirmée, etc... » Bosquillon n'est pas moins explicite dans sa traduction de Bell (5), lorsqu'il dit : « La syphilis héréditaire se communique avec une facilité extrême. Si l'on donne un enfant ainsi infecté à une nourrice saine, on voit bientôt le mamelon de cette malheureuse se gonfler et rougir, l'inflammation gagne l'auréole qui environne ce mamelon; peu de jours après, il s'élève de petites vésicules qui s'ouvrent et se transforment en ulcères qui ont tous les caractères d'un ulcère vénérien; les glandes des aisselles s'engorgent, la maladie résiste longtemps au spécifique. » Suivant Petit-Radel (6), le chancre du sein, assez fréquent chez les nourrices qui reçoivent des nourrissons infectés de quelques ulcérations à la bouche, se manifeste toujours à son origine sous la forme d'un petit *bouton* rouge qui démange beaucoup; ce bouton fait bientôt pointe, s'enflamme, s'excorie, s'étend, et, occupant tout le mamelon, il rend une matière visqueuse et un peu blanche. On lit d'autre part dans la *Chirurgie clinique* de Delpech, de Montpellier (7) : « Il n'est pas rare que des baisers sur la bouche, donnés par des personnes infectées et portant

(1) *De morbo gallico tract.*, cap. XXII. Voyez plus loin, dans la partie médico-légale, la citation précise de Brassavole.

(2) *Aphrodisiacus*, p. 935.

(3) Videmus infantes ulcere in labiis primum orto in luem gallicam incidere, nutrices in papillis, viros in pene, meretrices in vulva.... Primi affectus sunt velut ulcera in pene, in vulva, in ano, quæ coitu contrahuntur, in labiisque tum suctu, tum osculo, in maxillisque nutricibus inquinatos infantes lactantibus evenire solent. *Aphrod*, p. 1167.

(4) Fabre, *Traité des maladie vénér.* Paris, p. 15, 1773.

(5) Bell, *Traité des maladies vénériennes*, etc., t. II, p. 620.

(6) Petit-Radel, *Cours des maladies syphil.*, t. I, 1812, p. 361

(7) *Chirurg. cliniq. de Montpellier*, t. I, 1823, p. 327.

quelques symptômes syphilitiques au gosier ou dans la bouche, donnent lieu à une infection qui se fait par le bord libre des lèvres. On observe communément alors une ou plusieurs *ulcérations* suivies ordinairement de l'*engorgement* inflammatoire des ganglions lymphatiques correspondants, ceux des régions jugulaires ou sous-maxillaires. Cette conséquence est tellement commune, que l'engorgement concomitant des glandes en succédant de fort près aux ulcérations syphilitiques peut servir à distinguer les ulcérations primitives ou chancreuses des ulcérations consécutives provenant d'une vérole ancienne, et qui n'entraînent jamais un pareil accident. Le chancre et le bubon sont donc les symptômes exclusifs de l'infection syphilitique exercée par la bouche. » Après ces citations, il n'est pas besoin de longs commentaires pour montrer qu'un certain nombre de médecins des siècles passés et du commencement de celui-ci ont été conduits, par l'observation clinique, à regarder comme l'analogue du chancre infectant la lésion qui résulte de la contagion des accidents secondaires.

Ces faits étaient oubliés, lorsque, le 14 novembre 1855, Auzias Turenne avança, devant la Société médicale du Panthéon (1), qu'il n'y a pas d'induration plus nettement accusée que celle qui occupe l'endroit contaminé par la communication de la syphilis transmise par des accidents secondaires. Dans la séance du 13 février suivant, Langlebert émit pour la première fois cette idée qu'il a développée plus tard (2), à savoir que la syphilis secondaire, en se transmettant, reproduit la syphilis primitive, c'est-à-dire le chancre. Cette proposition, qui ne reposait encore que sur un petit nombre de faits, fut bientôt acceptée, développée et propagée par Rollet, de Lyon (3), et ses deux principaux élèves, Guyenot (4) et Viennois (5). Faisant appel aux faits expérimentaux et réunissant un grand nombre d'observations cliniques, Rollet sut élever à la hauteur d'un principe ce fait, que la syphilis, quelle que soit sa provenance, debute toujours par un chancre primitif. Mais ce dogme est-il aussi absolu que tendrait à le croire le syphiligraphe lyonnais (6)? Telle n'est pas l'opinion de Ricordi de Milan (7), qui lui oppose des faits dans lesquels ce n'est plus un chancre qui est le premier effet d'une contamination par des accidents secondaires, mais une simple papule. Ces faits sont trop importants et s'accordent trop bien avec la division que nous avons établie touchant les formes de l'accident primitif pour que nous n'ayons pas à les rapporter.

Une femme contracta au sein un chancre ulcéré pour avoir allaité l'enfant de sa voisine, atteint d'accidents syphilitiques à la bouche. Cette femme voulut continuer de faire teter son enfant dans ces conditions. Ricordi vit se développer chez ce dernier, à la pointe de la langue et un peu à droite, une papule opaline à peine

(1) *Extrait des procès-verbaux de la Soc. méd. du Panthéon*, p. 6. Paris, 1855.

(2) *Moniteur des hôpitaux*, décembre 1858. — *Du chancre produit par la contagion des accidents secondaires de la syphilis*, 1862.

(3) *Gaz. méd. de Lyon*, janvier 1859, et *Arch. génér. de médecine*, 1859.

(4) Guyenot, Thèse de Paris, 1859.

(5) Viennois, Thèse de Paris, 1860.

(6) Rollet, *Recherches sur la syphilis*, 1861, p. 237 et suivantes. — Cullerier, *Rapport à la Société de chirurg.*, 1862.

(7) A. Ricordi, *Sifilide da allattamento*. Milano, 1865.

élevée qui grandit rapidement et constitua, au bout de quatre jours, une petite plaque de la grandeur d'une lentille, plus dure que le tissu de la langue, indolore, avec engorgement correspondant de deux ganglions sous-maxillaires. A la suite resta une petite tache livide; mais, pendant son existence, la papule ne s'ulcéra jamais. (Observ. XLI de Ricordi.) Dans une observation de Pellizzari, il s'agit d'une papule primitive de la mamelle qui a été produite par une plaque muqueuse de la bouche. (Observ. XLII de Ricordi.)

La nommée Angèle contracte la maladie de son enfant, qui teta quatre ou cinq fois une voisine affectée d'ulcérations au mamelon, pour avoir nourri un enfant trouvé de l'hospice Sainte-Catherine. Trois semaines plus tard, elle présente deux ulcérations à l'angle des lèvres et un écoulement puro-sanguinolent du nez; papules muqueuses ulcérées au pli cutané du cou et aux fesses. Ces accidents existent encore aujourd'hui, jour où l'enfant est entré à l'hôpital avec sa mère. Celle-ci n'est pas infectée; les mamelles, les aisselles, la vulve, tout est sain. Elle veut continuer d'allaiter. Quatre jours après son entrée, elle présente à la partie externe de l'auréole de la mamelle gauche une tache rougeâtre à peine élevée, de la grandeur d'une petite lentille, sèche, indolore, sans induration. Les jours suivants, cette tache alla peu à peu en s'élevant et en s'accompagnant de l'induration de *quatre ganglions axillaires correspondants*. Seize jours après l'apparition de la papule mammaire, l'enfant était guéri des accidents de la bouche, et la papule elle-même commença à se débarrasser de sa croûte. Sous les écailles d'épiderme détachées, on voyait une saillie du volume d'un petit pois, molle, rouge, non ulcérée. Cette petite tumeur disparut au moyen des cautérisations avec la pierre infernale.

Une jeune femme, âgée de vingt-deux ans, vit apparaître, dans des conditions très-analogues à celles où se trouvait la précédente, à la partie externe de l'auréole, une petite tache rouge comme celle que l'on observe dans la rougeole. En cinq jours, cette tache s'étendit du double et commença à s'élever; il survint quelques ganglions à l'aisselle correspondante, lesquels devinrent en peu de temps des types de bubon spécifique. Bientôt la papule mammaire atteignit la grosseur d'une lentille et prit une teinte rouge foncé; mais elle resta toujours sèche et parfaitement intacte. Plus tard, on vit apparaître des accidents consécutifs, et en particulier une syphilide papuleuse. (Observ. XXXIX de Ricordi.)

Voilà donc quatre faits dans lesquels la forme initiale de la syphilis a été une papule qui ne s'est pas ulcérée, et ainsi, selon le docteur Ricordi, la loi posée par Rollet n'est pas exacte, puisque, suivant cet observateur ou du moins suivant l'école qu'il représente, il reste à démontrer que le chancre induré puisse exister même exceptionnellement sans ulcération (1). Suivant nous, ces faits n'infirment pas le principe établi par Rollet, ils montrent que ce médecin distingué n'a pas reconnu toutes les formes initiales de l'accident primitif; en même temps ils justifient la description que nous avons donnée plus haut, car c'est bien un accident de la nature du chancre qui est la lésion initiale de la syphilis dans les faits rapportés par Ricordi, et la preuve est dans l'incubation de cet accident et dans l'existence d'adénopathies concomitantes, circonstances qui n'appartiennent pas aux manifestations secondaires.

La relation entre l'accident contaminant et la lésion initiale de la syphilis est un point sur lequel nous nous sommes déjà expliqué, et que les observations de Ricordi viennent encore mettre en lumière, en montrant que la papule

(1) L. Nodet, *Études cliniques et expérimentales sur les diverses espèces de chancres*, etc. Paris, 1864, p. 17.

sèche et l'érosion chancreuse (fissures ou rhagades) sont une conséquence fréquente de la contagion des accidents secondaires. Mais est-ce à dire que ces accidents ne donnent jamais lieu au chancre induré? En aucune façon. Le point saillant initial papuleux ou tuberculeux résultant de cette contagion se recouvre souvent d'une croûte, et plus tard, quand celle-ci vient à disparaître, reste une ulcération à base indurée et plus ou moins taillée à l'évidoir, un chancre induré type. D'un autre côté, on sait que le chancre huntérien n'engendre pas toujours un accident semblable à lui-même, et qu'il peut donner lieu à l'érosion chancreuse en particulier. Ainsi la forme initiale de la syphilis se trouverait en partie réglée sur la constitution de l'individu malade.

Tels sont les différents points que comprend l'étude complexe de la contagion syphilitique. Le grand intérêt pratique de cette question, les difficultés qui s'y rattachent, les luttes nombreuses qu'elle a soulevées, sont autant de circonstances qui nous ont engagé à entrer dans des développements un peu longs, mais qu'il est possible de résumer en quelques propositions.

1° La syphilis n'est pas contagieuse pour l'individu qui est encore sous le coup de l'infection ; autrement dit, elle ne se double pas.

2° Cette maladie est transmise sûrement par l'accident primitif et par les accidents secondaires à forme sécrétante. Il n'est pas prouvé qu'elle le soit par les accidents tertiaires ; mais on ne peut nier les propriétés contagieuses du sang dans la période primitive, ou du moins dans le cours des accidents secondaires.

3° Quelle que soit la source d'où elle provienne, la syphilis commence toujours par l'une des variétés de l'accident primitif. Bien qu'il n'existe aucun rapport absolu entre la lésion contagieuse et l'accident initial, cependant il semble que la papule sèche et l'érosion chancreuse soient, plus souvent que le chancre induré, la triste conséquence du contact d'un produit de sécrétion provenant d'accidents secondaires.

§ 3. — Hérédité.

C'est en 1536 que Paracelse, le grand novateur de l'époque, nota clairement pour la première fois la transmission de la syphilis par hérédité : « Tandem fit morbus hereditarius et transit a patre ad filium, ab infecto ad alium... Est morbus fœdus, magis hereditarius quam lepra. »

Brassavole, en 1550, observe un cas d'hérédité de syphilis chez un enfant qui infecte sa nourrice. Amatus Lusitanus, en 1554, rapporta l'une des premières observations de syphilis héréditaire. Fallope écrivait, en 1535 : « Præterea, videbitis puerulos nascentes ex femina infecta, ut ferant peccata parentum, qui videntur semicocti. »

Depuis cette époque, l'hérédité de la syphilis est admise par la plupart des syphiligraphes : Augier-Ferrier, P. Haschard, V. Rondelet, B. Tomitanus, A. Paré, A. de Blégny, Astruc, Fabre, etc. (1). Hunter ne voulut point admettre

(1) Voyez p. 404 de ce livre.

l'hérédité syphilitique, ce qui ne l'empêcha pas de rapporter deux cas des plus concluants de syphilis congénitale. Les successeurs de ce grand médecin ne partagèrent pas son opinion, et quelques-uns cherchèrent à prouver par des mémoires spéciaux la transmission héréditaire de la syphilis; tels sont surtout Doublet, Mahon et Bertin. Ricord, qui accepta la plupart des idées hunitériennes, ne put se refuser à admettre l'hérédité; il en fut de même de Diday, son élève. Aussi ce mode de transmission est-il aujourd'hui des mieux établis. Le père et la mère sont ici les facteurs dont l'influence isolée ou solidaire demande à être examinée.

Infection par le père. — Astruc reconnaissait l'influence exclusive du père dans l'acte de la transmission héréditaire, mais il la regardait comme beaucoup moins fréquente et moins certaine que celle de la mère. Swediaur (1) raconte qu'un dragon atteint d'ulcère syphilitique à la gorge eut un enfant qui fut atteint du même symptôme sans que la mère eût jamais éprouvé aucun mal syphilitique. Bertin cite un cas assez semblable (2). Haase (3), V. Gerhardt (4), Bœhr (5), Derschjold (6), Campbell (7), Bertherand, Cazenave, Diday (8), Martinez y Sanchez, Trousseau, Beyran (9), ont rapporté des faits peu douteux de syphilis transmise par le père. Trois de ces faits, consignés dans la thèse d'agrégation du docteur Vidal, paraissent établir d'une façon péremptoire l'influence héréditaire du père. Ils sont relatifs à trois médecins qui, malgré des accidents antérieurs de syphilis, avaient cru pouvoir se marier et dont les enfants présentèrent, peu de jours après leur naissance, des traces évidentes d'infection syphilitique, les mères n'ayant jamais manifesté aucune lésion suspecte.

Cet ensemble de faits rapportés par des hommes instruits et placés dans des conditions d'observation souvent très-différentes ne peut laisser de doute sur l'action exclusive du père dans l'hérédité syphilitique. Cependant des observateurs distingués ne partagent pas ce sentiment. Bouchut, après avoir hésité à se prononcer sur ce sujet délicat, finit par avouer qu'il considère cette transmission comme possible. Vassal (10), Cullerier (11), Notta (12), Charrier (13) et Mireur (14), nient l'infection syphilitique par le père. Ils fon-

(1) *Traité des maladies vénér.*, t. II, p. 177.
(2) *Traité de la malad. vénér. chez les enfants nouveau-nés*, p. 163, obs. XIII.
(3) *Allgem. medizin. Annal.*, février 1829, p. 494.
(4) *Journ. de Siebold*, t. X, § 553.
(5) *Journ. der pract. Heilkunde*, 1836.
(6) Cité par Trouchin, *De l'extinction de la malad. vénér.*, p. 50.
(7) *The London and Edinb. monthly Journal*, 1844, p. 514.
(8) *Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*. Paris, 1854. On trouve dans cet excellent ouvrage la plupart des faits ci-dessus signalés.
(9) *Transmission de la syphilis du père au fœtus et du fœtus à la mère* (*Union médic.*, t. II, p. 457, 1862).
(10) Vassal, *Mémoire sur la transmission du virus vénérien de la mère à l'enfant*. Paris, 1807.
(11) Cullerier, *De l'hérédité de la syphilis* (*Mémoires de la Société de chirurg.*, 1857, t. IV, p. 230).
(12) Notta, *Mémoire sur l'hérédité de la syphilis* (*Archiv. de méd.*, Ve série, t. XV, p. 272, 1860).
(13) Charrier, *De l'hérédité syphil.* (*Archiv. de méd.*, Ve série, t. XX, p. 334, 1862).
(14) Mireur, *Essai sur l'hérédité de la syphilis*. Thèse de Paris, 1867.

dent leur opinion sur des faits, au nombre de 26, où des pères syphilitiques ont pu procréer un ou plusieurs enfants sains. Je ne chercherai pas ce qu'il peut y avoir de contestable dans quelques-unes des observations rapportées par ces auteurs : la plupart laissent peu à désirer; mais que prouvent en pareil cas des faits négatifs contre des faits positifs? Rien, si ce n'est qu'un père infecté ne transmet pas nécessairement le mal dont il est atteint. Il y a plus : on voit naître et grandir des enfants sains, dont les deux parents sont ou ont été syphilitiques.

Dans un travail récent où Baerensprung (1) fait connaître le résultat de sa longue expérience relativement au sujet qui nous occupe, nous trouvons 40 cas de transmission héréditaire par le père infecté au moment de la procréation ; les mères ne manifestèrent d'accident que dans le cours de la grossesse. Si la plupart de ces faits ne laissent rien à désirer, il en est pourtant quelques-uns qui ne sont pas absolument démonstratifs, à cause du doute qui règne sur le moment exact de l'infection syphilitique chez la femme. J'ai moi-même observé plusieurs fois la syphilis congénitale chez des enfants dont les mères n'avaient jamais rien présenté (2), et un médecin de mes amis, pratiquant à la campagne, m'a souvent raconté qu'ayant à soigner une femme tout à fait bien portante, dont tous les enfants succombaient peu de temps après leur naissance, il apprit du mari qu'il avait autrefois contracté la syphilis; quant à la femme, elle n'avait jamais présenté aucun accident. Ainsi, le fait de la transmission syphilitique par le père ne peut être mis en doute, il faut l'accepter.

Relativement aux conditions et au temps pendant lequel cette transmission peut s'effectuer, plusieurs des faits mentionnés nous apprennent que ce mode de transmission existe tant que le père est porteur de symptômes primitifs et secondaires. Mais qu'arrive-t-il lorsqu'il est exempt de tout accident? Diday cite plusieurs observations et Baerensprung a rapporté 14 faits où, malgré l'état latent de la syphilis du père au moment de la procréation, l'enfant et la mère furent infectés. Par conséquent, le père sain ou du moins exempt de toute manifestation syphilitique est encore susceptible d'infecter l'enfant qu'il procrée. Le professeur de Berlin a voulu pousser plus loin l'analyse, et il s'est demandé si, dans ces cas, le degré de gravité était le même pour le fœtus; puis, comparant 16 faits d'une première série d'observations, où le père était sous le coup d'accidents syphilitiques au moment de la procréation, à 14 cas d'une seconde série, où le père était exempt de toute manifestation, il est arrivé à reconnaître que les avortements prématurés sont relativement moins fréquents dans cette dernière série, ce qui semble indiquer

(1) Baerensprung, *Die hereditäre Syphilis*, Berlin, 1864. — Comparez : Léon Richard, *Étude sur l'hérédité dans la syphilis*. Thèse de Paris, 1870.

(2) Voici deux cas récemment observés. F..., âgé de vingt-huit ans, se marie après un traitement prolongé pour des manifestations secondaires. Peu de temps après son mariage, sa femme devient enceinte; au septième mois de la grossesse elle met au jour un enfant mort-né syphilitique. Elle n'a jusqu'ici présenté aucun accident spécifique. — L..., âgé de trente ans, longtemps soigné par les préparations mercurielles pour un accident primitif et des accidents secondaires, se marie avec une femme saine, et, peu de temps après son mariage, sans présenter de lésions syphilitiques, il a un enfant sain qui, à sept mois, est atteint d'une gomme de la joue.

une diminution dans la puissance de transmission. Dans une troisième série de faits rassemblés par le même auteur, où la syphilis du père est toujours à la période secondaire, mais affaiblie par le temps et par des traitements antérieurs, le fœtus est encore infecté ; la mère, qui jusque-là pouvait être infectée, cette fois reste saine. Enfin, dans une quatrième série d'observations où sont groupés 8 cas de syphilis tertiaire chez le père, ni la femme ni l'enfant ne sont atteints par la maladie.

De l'examen comparatif des nombreux faits rassemblés par Baerensprung et de ceux qui ont été antérieurement observés, résulte cette conséquence que la syphilis du père est transmissible dans le cours des périodes primitive et secondaire, mais qu'elle ne l'est plus dans la période tertiaire; si toutefois elle l'est encore, c'est à un degré beaucoup moindre.

Infection par la mère. — L'influence de la mère dans la transmission héréditaire de la syphilis est moins contestée que celle du père ; mais, à notre avis, il est douteux qu'elle soit plus puissante. Des faits nombreux, qu'il serait trop long de rapporter ici, attestent cette influence (1). Sur dix observations de mères infectées les pères restant sains, Baerensprung a observé le plus souvent des avortements multipliés ou des accouchements avant terme. Les effets se sont montrés aussi graves que dans les cas d'infection par le père. Mais si la syphilis de la mère était affaiblie par le temps ou par des traitements antérieurs, les avortements étaient rares, la plupart du temps les enfants venaient à terme et vivants, un certain nombre d'entre eux étaient susceptibles de guérison, la transmission héréditaire se montrait moins intense, comme l'indiquent onze faits relatés par l'auteur. Dans six cas où la mère était affectée d'accidents tertiaires, il n'y eut pas de transmission héréditaire. Une de mes malades, qui eut un enfant syphilitique lorsqu'elle était à la période secondaire, accoucha dans le cours de la période tertiaire d'une belle fille qui aujourd'hui a sept ans et se porte très-bien. Les effets de la syphilis venant de la mère ne diffèrent pas notablement de ceux que produit la syphilis du père; quelques observateurs, Boeck entr'autres, pensent qu'elle est plus grave.

Infection par le père et la mère. — La transmission de la syphilis est dans cette condition la conséquence logique de ce qui vient d'être dit ; elle est prouvée par de nombreuses observations où on a pu la voir donner lieu à des résultats très-graves. Alors les avortements se succèdent dans la même famille et ne cessent que sous l'influence du temps et des bienfaits qui peuvent résulter de l'emploi d'un traitement spécifique. Ce serait pourtant un tort que de croire les enfants toujours voués à une mort certaine. Deux enfants sains naissent dans les premières années d'un mariage. Après ce temps, la femme

(1) Diday (*Traité de la syphilis des nouveau-nés*, 1854) a rassemblé plusieurs observations qui démontrent l'exactitude de cette assertion. Les nourrices qui ont été infectées par des nourrissons étrangers fournissent à ce sujet des faits irrécusables.— Voyez : Bertherand, *Précis des malad. vénér.*, 1852. — Whitehead, *Transmission de la syphilis des parents aux enfants* (*Archiv. de méd.*, 1857, t. II, p. 371). — Bardinet, *De la syphilis hérédit. et de sa transmissibilité.* Mémoire présenté à l'Académie de médec., le 28 déc. 1852.

est infectée par son mari ; les deux conjoints, atteints de syphilis secondaire, sont traités par la décoction de Zittmann et par le mercure. Une année plus tard survient une nouvelle grossesse ; l'enfant arrive à terme, reste sain pendant cinq ans ; il ne souffre que d'un eczéma. Trois enfants nés depuis sont restés sains (1).

Après ce qui précède, il est inutile d'insister plus longuement sur le mécanisme physiologique de l'hérédité syphilitique. Si le père seul est infecté, il est clair que la transmission a lieu par le sperme ; mais si la mère seule est malade, en est-il encore de même ? La question est controversée, et tandis que des observateurs distingués, Cusco et Peter (2), prétendent que le sang est le principal agent d'infection, il en est d'autres qui attribuent uniquement à l'ovule le pouvoir de cette transmission. Nous n'avons aucune preuve directe à apporter à l'appui de l'une ou de l'autre opinion ; mais, vu la difficulté d'inoculation du sang et surtout la grande analogie de propriétés et de caractères entre la sécrétion des testicules et celle des ovaires, il y a lieu de croire à l'influence de l'ovule plutôt qu'à l'action du sang. L'hérédité de la syphilis, suivant nous, s'accomplit avant tout par le germe modifié et vicié. Qu'est-ce en définitive que le germe, sinon un élément anatomique, une cellule qui, comme toutes les cellules de l'économie infectée, peut subir l'imprégnation du virus (3) ? Microcosme de l'être, le germe ne peut reproduire qu'un organisme semblable à celui dont il provient ; autrement il faudrait renoncer à l'expérience de chaque jour et aux lois les plus générales des sciences naturelles. Ce qui m'a toujours étonné, c'est de voir les médecins, d'accord en cela avec les gens du monde, invoquer l'action du sang pour expliquer le mécanisme de l'hérédité. Cette erreur ne peut se perpétuer, du moins dans la sphère médicale.

CHAPITRE II

CAUSES PRÉDISPOSANTES ET DÉTERMINANTES.

Après avoir signalé la cause efficiente de la syphilis et avoir fait connaître ses divers modes de propagation, il reste à étudier l'action des influences extérieures et des conditions individuelles relativement à l'apparition, à la forme, à la marche et à l'évolution de cette maladie. Ces circonstances, qui dans

(1) Baerensprung, *Die hereditäre Syphilis*, Berlin, 1864, p. 149. — Consultez, sur la divergence des doctrines à ce sujet, H. Auspitz, *Ueber den gegenwärtige Stand der Lehre von der angeb. Syphilis*. Wien. med. Presse, VII, 6 et 7, 1866.

(2) Peter, *Des maladies virulentes*. Thèse de concours pour l'agrégation en médecine. Paris, 1863. — Comparez Luys, *Des maladies héréditaires*. Thèse de concours. Paris, 1863.

(3) Voyez à ce propos une intéressante communication faite à l'Académie des sciences par l'un de ses membres, M. Coste, communication de laquelle il résulte que la matière colorante particulière à la chair de certaines espèces de la famille des salmonides se trouve dans le contenu des œufs et dans le nouvel embryon ; mais si, placées dans des conditions spéciales, ces espèces viennent à perdre cette coloration, les œufs la perdent également, et la chair des produits n'est plus colorée.

l'espèce doivent être regardées comme les causes prédisposantes ou déterminantes de la maladie, sont nombreuses et variées. Nous passerons successivement en revue les influences physiques et climatériques, les influences hygiéniques, puis les influences physiologiques et pathologiques.

INFLUENCES PHYSIQUES ET HYGIÉNIQUES.

Sans action sur la genèse de la syphilis, les agents physiques jouent un certain rôle dans le développement de ses manifestations. Cette influence n'a pas échappé à Hunter, qui avait une certaine tendance à l'exagérer. « Il est certain, écrit-il, que le froid a une action très-puissante sur l'économie animale. Au moins paraît-il avoir une grande influence pour disposer le corps de l'homme à recevoir l'irritation vénérienne et à en manifester promptement les phénomènes morbides (1). » Ce fait est exact ; mais il ne peut donner, comme le voulait Hunter, l'explication de la marche de la syphilis des parties superficielles vers les parties profondes ; il rend compte tout au plus de la fréquence des manifestations cutanées de la syphilis.

Le traumatisme est l'une des causes qui fixent le plus souvent le siége de la détermination anatomique de la syphilis. Duverney (2) attribue la plus grande influence des exostoses sur les os superficiellement placés à cette circonstance, que ces os sont plus que les autres exposés à l'action de l'air, aux contusions et à des traumatismes divers. Ces causes déterminantes sont notées dans plusieurs de nos observations à propos des lésions du foie et d'autres viscères. Les agents impondérables ont ici leur importance. « La chaleur, dit Martins (3), favorise l'apparition des syphilides plus que le froid ; l'influence d'une température basse pour nos climats, telle que 3° au-dessus de 0, en moyenne, est presque aussi énergique que celle d'une chaleur moyenne de + 16°, puisque les nombres de syphilides produites par ces deux causes sont entre eux comme 3 et 4. Une température moyenne de + 6°,4 paraît plus propre à empêcher leur apparition. L'influence de la température se fait sentir au bout d'un espace de temps très-court, le froid et la chaleur artificiels ont la même influence que la température atmosphérique. » Ainsi les saisons les plus chaudes comme les plus froides prédisposent également aux syphilides. C'est par leur degré de température que les bains de vapeur et les bains simples exercent une action provocatrice sur ces mêmes manifestations ; un exercice violent n'agit pas différemment sans doute.

Les climats trop chauds et les climats froids, tous ceux qui exposent à de brusques transitions de température, sont des conditions peu favorables à la syphilis. Daniell accuse la syphilis d'être maligne et grave sur la côte orientale de l'Afrique. Veit, Brocchi, lui ont trouvé les mêmes caractères au Sennaar, et Petit dans l'intérieur de l'Abyssinie. Furnari, Deleau, Armand, Daga,

(1) Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, trad. franç. par Richelot. Paris, 1859, p. 585.

(2) Duverney, *Maladies des os*. Paris, 1750, t. II, p. 477-479.

(3) Martins, *Mémoires sur les causes générales des syphilides*. Thèse de Paris, 1838, p. 73.

ont fait connaître son degré d'intensité en Afrique, Porter dans Sierra-Madre de Saltillo au Mexique, Hunter dans les Antilles, et Bernhard dans l'Amérique centrale. Sigaud et Bibra ont vu cette maladie exercer des ravages considérables au Brésil et au Chili. Lesson signale son intensité aux Moluques et dans plusieurs des îles de la mer du Sud. Schancks, Mac-Gregor, Leslie, Heymann, se plaignent également de sa malignité dans l'Inde et l'archipel Indien. Nous savons, d'un autre côté, la gravité de la syphilis dans le nord de l'Europe, et principalement sur les côtes de la Suède et de la Norwége, dans le nord de l'Allemagne et de la Russie. Rappelons que cette maladie n'est pas moins grave dans le nord de l'Amérique. Par conséquent, les climats froids pas plus que les climats chauds et brûlants ne lui conviennent. Les régions tempérées, celles-là surtout dont le climat est peu variable, lui sont beaucoup plus favorables, ainsi qu'il résulte de données fournies par différents auteurs et en particulier par Thiéry pour la province espagnole d'Estramadure, par Ménis pour Brescia, par Quitzman, Rœser, Olympias pour la Grèce ; par Hennen pour les îles Ioniennes, par Barasch, Oppenheim pour la Turquie, Robertson pour la Syrie, Polak pour la Perse, Aubert-Roche pour les côtes d'Abyssinie, Pruner pour l'intérieur de l'Égypte. Pourtant, on aurait tort de croire que toujours dans ces dernières régions la syphilis se présente sous une forme bénigne ou peu grave ; des conditions autres que le climat peuvent lui imprimer un caractère différent. On la voit prendre une allure sérieuse et revêtir des formes plus graves dans certains ports de mer en apparence des mieux situés au point de vue du climat, tels que Barcelone (Cuynat), Marseille, Naples, etc., et cela sans doute à cause des excès, de l'encombrement, de la malpropreté et de la misère plus grande dans ces localités que dans les villes voisines. En résumé, un climat qui varie peu, dont la température est modérée et à peine différente de celle du lieu où la maladie a été contractée, est celui qu'à l'exemple de Sydenham on doit rechercher de préférence pour les syphilitiques. « La syphilis qui se montre pour la première fois dans un climat quelconque, dit Swediaur (1), est très-violente dans ses effets ; mais elle l'est beaucoup plus lorsqu'elle est importée d'un pays chaud dans un climat froid. » La gravité de l'épidémie du XVe siècle semble appuyer cette manière de voir.

En ce qui concerne la nature des modifications apportées par le climat à la syphilis, l'observation nous apprend que les lésions primitives et secondaires prédominent dans les climats chauds, l'Italie, la Sicile, la Grèce, la Turquie, la Perse, les Indes, etc., tandis que les affections profondes, tuberculeuses ou osseuses, sont relativement plus fréquentes dans les contrées froides, la Russie, la Suède, le nord de l'Allemagne. Ce fait donne, jusqu'à un certain point, la raison de la fréquence des épidémies syphilitiques dans quelques contrées comme l'Italie, ou de la facilité de contagion de la syphilis dans certains pays comme l'Orient (Poyet) et l'Afrique (Daga).

De toutes les influences hygiéniques, la misère et la malpropreté sont peut-être celles qui contribuent le plus puissamment à l'aggravation de la syphilis. C'est en effet à la réunion de ces deux causes que l'on peut rattacher la mali-

(1) Swediaur, *Traité des maladies syphilitiques*, t. II, p. 67.

gnité et l'extension du *scherlievo* sur les bords de l'Adriatique et dans le Tyrol, et de la *radezyge* en Suède. L'agglomération d'un grand nombre d'individus, ce qui ne manque pas, en général, de produire l'immoralité, est une autre condition non moins fâcheuse, et il y a tout lieu de penser que l'encombrement des travailleurs parmi lesquels s'est développée la maladie dite de Ditmarsch n'a pas été sans influence sur sa forme grave. Partant de ces données, on s'explique facilement l'apparition des grandes épidémies de syphilis à la suite des guerres, où la plupart de ces conditions fâcheuses se trouvent réunies. Une alimentation insuffisante ou de mauvaise qualité est aussi, comme le fait remarquer Bassereau, une cause puissante d'aggravation des symptômes syphilitiques. En résumé, l'agglomération d'un grand nombre d'individus, l'immoralité qui en résulte et une alimentation trop souvent disproportionnée aux fatigues, sont autant de causes qui peuvent nous donner la raison de l'extension et de la gravité que prend la syphilis dans certains pays.

Les excès de boissons alcooliques constituent un autre genre de cause occasionnelle remarqué par quelques auteurs. Les excès de vin et de liqueurs, dit Boerhaave, sont contraires aux vérolés. « L'observation, écrit Ricord, démontre ce que produit l'abus des boissons alcooliques, dans les temps chauds surtout. Les chancres les plus simples, sous leur influence, deviennent rapidement inflammatoires, et l'inflammation dans certaines régions, aux organes génitaux surtout, dont le tissu cellulaire s'œdématie facilement, amène vite la gangrène (1). » Bassereau (2) signale également l'influence fâcheuse des liqueurs spiritueuses auxquelles il attribue, dans certains cas, la précocité des syphilides. Cette influence, nous avons été à même de l'observer dans plusieurs circonstances; en voici un exemple. Un malade que nous traitions depuis plus d'un an, pour une syphilis viscérale (foie, rate et ganglions), se trouvant mieux et se croyant définitivement guéri, pensa qu'il pouvait sans inconvénient se départir de la sévérité de régime que nous lui avions prescrite. Mais voilà qu'à la suite d'une libation un peu prolongée survient une exostose à la partie antérieure du front. Un traitement approprié (iodure de potassium) ne tarda pas à la faire disparaître. Quelque temps après, le malade ne doute plus de sa guérison définitive : nouvelle libation, mais aussi nouvelle exostose vers le même point.

INFLUENCES PHYSIOLOGIQUES.

Ces influences, qui sont multiples, dépendent de l'âge, du sexe et des grands changements physiologiques qui s'opèrent dans l'organisme pendant le cours de l'existence.

Aucun âge n'est exempt de la syphilis; depuis la naissance jusque dans la vieillesse la plus avancée, l'homme montre une fâcheuse aptitude à contracter cette maladie. Toutefois, il est des âges où la syphilis est plus commune. C'est dans les premiers jours après la naissance qu'apparaît la syphilis héréditaire, et la jeunesse est l'âge où la syphilis accidentelle est la plus fréquente, parce que c'est l'époque où l'homme s'expose le plus à la contagion.

(1) Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 3e édit. Paris, 1863, p. 255.
(2) Bassereau, *loc. cit.*, p. 306.

Sur 153 malades examinés à ce point de vue, Cazenave (1) a trouvé :

De la naissance à	10 ans,	1 cas (syphilis héréditaire).
De 10 à	20	2
De 20 à	30	67
De 30 à	40	43
De 40 à	50	27
De 50 à	60	11
De 60 à	70	2

L'influence des sexes, quoi qu'aient pu en dire certains observateurs, est à peu près nulle ; l'homme et la femme sont également exposés à contracter la syphilis, et s'il y a moins de femmes que d'hommes qui en soient atteints, c'est, comme le démontre Bassereau, parce que le nombre de femmes qui se livrent à la débauche est incomparablement moins grand que celui des hommes. La constitution et les tempéraments n'apportent aucune prédisposition spéciale à la syphilis, de même ils ne modifient pas d'une façon notable ses effets ; tel est du moins le résultat des observations de Martins et de Bassereau. L'influence des tempéraments ne se fait véritablement ressentir que sur la forme des symptômes, sur leur marche, leur durée et leur disposition plus ou moins grande à céder ou à résister au traitement.

Quelle est l'influence des races sur le développement de la syphilis ? Un premier point à établir, c'est qu'il n'en est aucune qui soit à l'abri de cette maladie, car si la syphilis n'a jamais pu s'implanter en Islande, nous savons que cette immunité ne tient nullement à la race des habitants de ce pays. Il en est de même de l'immunité observée dans certaines tribus de la partie centrale de l'Afrique, dont la race, suivant Livingstone, n'a pas été croisée, puisque cette immunité ne s'étend pas sur toute la race nègre, et qu'au contraire la syphilis exerce d'affreux ravages parmi les noirs de la côte occidentale de l'Afrique et dans les pays situés à l'est du Soudan. Ce fait n'a du reste rien d'étrange, puisque certains individus privilégiés peuvent impunément s'exposer à la contagion. Cette remarque était déjà faite à une époque où la syphilis sévissait avec intensité. J. Catanée écrit : « Vidi tamen complures concubitus immundarum non recusantes, et in sordes venereas sese præcipitantes, qui tamen nullam inde infectionem hauserunt (2). » Relativement à l'influence de la race sur la forme ou la gravité du mal, l'observation nous apprend que dans les pays où les races vivent entremêlées, et notamment dans les régions tropicales de l'Asie et de l'Amérique, il n'y a pas à cet égard de différence notable ; néanmoins il ressort des faits observés en Turquie par Rigler, que la destruction du pharynx est plus fréquente dans les races de couleur. Pruner fait remarquer que dans les pays orientaux, et principalement en Égypte et en Arabie, la tendance aux éruptions érythémateuses, vésiculeuses et squameuses, est proportionnelle à la finesse et à la blancheur de la peau. Par contre, les éruptions serpigineuses, verruqueuses, les nodus, sont plutôt des formes spéciales aux individus dont la peau est épaisse, comme les Égyptiens et les Abyssiniens, dont les syphilides ont de la ressemblance

(1) A. Cazenave, *Traité des syphilides*, p. 521.
(2) *De morbo gallico tractatus*, 1504.

avec le pian. Les taches et les cicatrices sont d'autant plus foncées ou d'autant plus noires chez les individus, que leur peau est plus fortement colorée.

Je n'aurais plus rien à ajouter touchant l'influence des races, si dans ces derniers temps on n'avait émis l'idée que la syphilis peut être aggravée par la transmission d'une race à une autre : « Que l'on vienne à renouveler le virus, dit Gauthier (1), en allant le puiser à des sources éloignées chez des sujets d'une autre race, habitant un autre climat, soumis à une hygiène différente, on verra de suite la maladie reprendre une intensité surprenante, et les accidents les plus insignifiants redevenir très-sérieux. » Cette proposition repose sur ce que dans les ports de mer de la Chine, et peut-être aussi dans quelques autres, la syphilis est plus fréquente et plus intense chez les matelots et les soldats qui viennent y relâcher. Mon intention n'est pas de contester le fait, après ce qui a été dit plus haut touchant la gravité de la syphilis dans les ports de mer. Mais n'est-ce pas là un problème complexe? N'y a-t-il pas, en dehors de la race, d'autres conditions susceptibles de contribuer à l'aggravation du mal? Le passage d'une localité dans une autre dont la température n'est pas la même, le défaut d'acclimatation et souvent aussi l'intempérance, voilà autant de circonstances qui nous paraissent avoir dans l'espèce une importance beaucoup plus grande que le fait de la transmission du virus entre des individus de race différente.

La puberté chez l'homme et chez la femme, la grossesse et la ménopause chez cette dernière, sont des circonstances qui, dans la syphilis comme dans la plupart des maladies, jouent fréquemment le rôle de causes occasionnelles. La puberté est une époque où ne manquent guère de se manifester les cas de syphilis héréditaire tardive. Suivant Sigmund (2), l'aptitude à prendre la vérole serait plus grande chez la femme enceinte, l'inoculation étant favorisée par l'état catarrhal de la muqueuse génitale. La grossesse est d'autre part l'occasion de l'apparition des accidents secondaires chez les femmes récemment infectées. Hunter, Nisbett, Fréteau, Swediaur, Biett, Cazenave, Gibert, Rayer, Alibert, Martins, assurent qu'une syphilis qui a été latente pendant un temps plus ou moins long se traduit tout à coup par une éruption à l'occasion d'une grossesse, de l'accouchement, de l'époque menstruelle, ou de la cessation des règles. Une malade observée par nous, et qui s'était trouvée infectée peu de temps avant de devenir enceinte pour la première fois, eut six grossesses, et à chacune des quatre premières elle vit apparaître des plaques muqueuses ou des syphilides, et parfois ces deux variétés d'accidents. Les faits de ce genre sont nombreux, et pour s'en convaincre il suffit de lire les observations rapportées par les auteurs ; on y voit que la plupart des femmes infectées avant la grossesse ne manquent guère de manifester à ce moment les atteintes de la syphilis. De même que la phthisie, la syphilis se réveille par le fait de l'état puerpéral; mais si cet état n'est qu'une cause déterminante, l'accouchement peut

(1) G. Gauthier. *Deux années de pratique médicale à Canton (Chine)*. Thèse de Paris, 1863.

(2) Sigmund, *Ueber den Verlauf der Syphilis bei Schwangerschaft*. Wiener-medicinische Presse, 1873, n° 1.

être une cause aggravante, et il est possible que la syphilis prenne des allures plus accentuées et plus sérieuses. Suivant Cullerier neveu (1), les accidents syphilitiques sont ordinairement moins graves pendant le cours de la gestation, l'infection qui peut avoir lieu en même temps que la conception reste quelquefois cachée pendant toute la grossesse, et ne se montre à découvert qu'après l'accouchement. Les faits que j'ai observés me permettent de me rendre à cette opinion, qui est aussi celle de Sigmund (2). La menstruation et surtout la ménopause agiraient dans le même sens que la grossesse et l'accouchement, et, comme ces deux états, elles tendraient à favoriser l'apparition des lésions syphilitiques. « La maladie vénérienne, dit Cullerier (3), se montre souvent au retour d'âge, après avoir été assoupie pendant de longues années, quelquefois même pour la première fois. On a remarqué qu'elle était alors très-opiniâtre, et c'est le plus ordinairement sous forme d'ulcères à la gorge et aux fosses nasales qu'elle se manifeste ; on voit aussi paraître les affections de la peau et des os. »

INFLUENCES PATHOLOGIQUES.

Le moindre dérangement dans la constitution est, selon Hunter, une cause suffisante pour la manifestation de la syphilis. Ainsi, à propos d'un malade qui avait eu pour la première fois des symptômes consécutifs en août 1781, et qui fut repris en juin 1782, à la suite d'une maladie appelée *influenza*, le chirurgien anglais affirme que certainement la période latente eût été plus longue, si la fièvre n'eût point déterminé cette seconde explosion. Fréteau et Swediaur, Biett et Alibert s'accordent aussi à reconnaître l'influence des maladies aiguës sur le développement des affections syphilitiques, et Martins conclut dans le même sens. Bassereau, toutefois, n'a pas entièrement vérifié ce résultat ; les cas qu'il a analysés lui ont appris que les maladies intercurrentes qui ont débilité l'organisme à une époque voisine de la contagion ne peuvent être considérées comme des causes déterminantes de la généralisation des accidents syphilitiques dans l'économie. Cependant il est difficile de refuser aux fièvres éruptives, surtout à la variole et à la vaccine, le pouvoir de mettre en éveil les manifestations de la syphilis. Bamberger (4) rapporte deux cas où l'influence d'une poussée variolique sur l'apparition de lésions syphilitiques est peu contestable ; Friedenger et Viennois (5) ont observé des faits analogues, relativement à la vaccine, et ce dernier auteur a eu soin d'en faire comprendre toute la portée au point de vue du diagnostic de la syphilis vaccinale. Ce n'est pas du reste uniquement dans la syphilis que les fièvres éruptives ont le triste privilége d'agir comme causes occasionnelles ; il est d'autres maladies, et particulièrement la scrofulose et la tuberculose, dans lesquelles elles ne se comportent pas différemment.

(1) *Journ. génér. de méd., de chirurg. et de pharm.*, t. LX, p. 343 ; 1817.
(2) *Wiener med. Presse*, 1873.
(3) *Loc. cit.*
(4) Voy. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1858, p. 390.
(5) *De la transmission de la syphilis par la vaccination* (*Archiv. méd.*, juin 1860, p. 647), et *De la syphilis vaccinale*. Paris, 1865, p. 227.

De même que les perturbations physiques, physiologiques et pathologiques, les perturbations morales, comme des émotions vives, des chagrins, viennent parfois mettre en évidence les déterminations de la syphilis restée jusque-là à l'état latent. Ajoutons que certains vices sociaux, comme la nécessité où se trouvent un grand nombre d'individus de se marier à un âge déjà avancé, contribuent à augmenter la fréquence de la syphilis. La conscription militaire est, à ce point de vue comme à beaucoup d'autres, un grave inconvénient qui, nous l'espérons, va disparaître. L'oisiveté des soldats et celle d'un trop grand nombre de jeunes gens doivent être regardées aussi comme une cause prédisposante de la syphilis, et par cela même comme une cause de décadence pour l'espèce.

CINQUIÈME PARTIE

THÉRAPEUTIQUE

Guérir est le devoir du médecin, prévenir le mal est son but suprême. La syphilis, comme toute maladie, a nécessairement ses moyens préventifs et ses moyens curatifs, qu'il nous faut maintenant passer en revue.

CHAPITRE PREMIER

PROPHYLAXIE.

§ 1. — Hygiène publique.

Bibliographie. — Gardanne, *Traitement des maladies vénériennes*. Paris, 1770. — Bourru, *Moyens les plus propres à éteindre le mal vénérien*. Paris, 1771. — Restif de la Bretonne, *Le Pornographe*. — Marc, art. *Copulation*, Dictionnaire des sciences médicales. — Fodéré, *ibid.*, art. *Maison*. — F. S. Ratier, *Police médicale contre la propagation de la syphilis*, Annales d'hygiène publ. et de méd. légale, 1836, t. XVI, p. 262. — Parent-Duchatelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*. Paris, 2e édit., 1837 ; 3e édit., 1857. — W. Fait, *Recherches sur l'étendue, les causes et les effets de la prostitution à Edimbourg*, 1843. — Vleminckx, *Des mesures adoptées et réalisées en Belgique contre la propagation des affections vénériennes*. Gaz. méd. de Paris, p. 1, 1846. — Le même, *Du mal vénérien en Belgique*, Gaz. méd., 1862, p. 445. — Diday, Gaz. méd. de Paris, 1847, 1849, 1850, et *Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis*. Paris, 1858, p. 501 à 555. — W. Acton, *Prostitution considered in its moral, social and sanitary aspects*. London, 1857, 2e édit., 1870. — Le même, *De la prostitution considérée au point de vue de l'hygiène publique*, Annales d'hygiène et de médecine légale, traduct. franç. de Guérard, t. XLVI, 1850, p. 39. — Sandouville, *Des mesures administratives à prendre dans le but d'empêcher la propagation des maladies vénériennes*, Annales d'hygiène et de médecine légale, t. XLVI, 1851, p. 72. — Davila, *De la prophylaxie de la syphilis*. Thèse de Paris, 1853. — E. Duchesne, *De la prostitution dans la ville d'Alger depuis sa conquête*. Paris, 1853. — Bouchut, *Traité des maladies des nouveau-nés*, Paris, 1855, p. 820. — Hutchinson, *De l'influence qu'a la circoncision de préserver de la syphilis*, Medical Times and Gaz., 1856, et Gaz. méd., 1856, p. 589. — Richelot, *De la prostitution en Angleterre et en Ecosse*, Précis hygiénique, statistique et administratif sur la prostitution dans les principales villes de l'Europe, dans Parent-Duchâtelet. Paris, 1857. — Gustave Lagneau, *Mémoire sur les mesures hygiéniques propres à prévenir la propagation des maladies vénériennes*, Annales d'hygiène

et de médecine légale, 2e série, 1855, t. IV, p. 317 ; 1856, t. V, p. 21 et 241. — F. Jeannel, *Mémoire sur la prostitution publique*, etc., 1re édit. Paris, 1862 ; 2e édit., 1865. — Amil. Ricordi, *Sifilide da allattamento*, etc., Milano, 1865, p. 173. — J. M. Guardia, *De la prostitution en Espagne*, Gaz. méd., 1864, p. 199. — Goulhot de Saint-Germain et Dupin, *Discours au Sénat*. Paris, 1865. — Huet, *Sur les règlements de la prostitution en Hollande*, Nederl. Tijdschr, juin 1865. — Garin, *De la police sanitaire et de l'assistance publique dans ses rapports avec l'extinction des maladies vénériennes à Lyon*; rapport à la Soc. de méd. de Lyon. Gaz. méd. de Lyon, 1er juin 1866, et Paris, 1866. — L. Le Fort, *Critique du rapport de Garin*, etc. Gaz. hebdomad. de méd. et de chirurgie, p. 433, 1866. — Bergeret, *De la prostitution et des maladies vénériennes dans les petites localités*, Ann. d'hygiène publique et de méd. légale, sér. 2, t. XXV, p. 343. — Didiot, *Etudes statistiques de la syphilis dans la garnison de Marseille*, 1866. — Mackensie Bacon, *Statistique de la prostitution en Italie*, The Lancet, 1867, t. I, p. 512. — *Des mesures prophylactiques relatives à la propagation des maladies vénériennes*, dans Congrès médical international de Paris, p. 307-442. Paris, 1868. — C.-J. Lecour, *De la prostitution et des mesures de police dont elle est l'objet à Paris, etc.* Archives génér. de médecine, t. II, p. 711 et 736, 1867. — Le même, *La prostitution à Paris et à Londres* de 1789 à 1870. Paris, 1870. — J. Jeannel, *De la prostitution dans les grandes villes au XIXe siècle, etc.* Paris, 1868. — Leroy de Méricourt, *Etudes critiques des mesures prophylact. contre les malad. vénér.* Gaz. hebd., 1868, p. 806, et Annales de dermatologie, t. I, p. 208, 1869. — L. Le Fort, *De la prostitution dans la ville de Paris*, Bull. de l'Acad. de médecine, 20 avril, 1869. — Crocq (de Bruxelles) et Rollet (de Lyon), *Prophylaxie internationale des maladies vénériennes*, Annales de dermatologie et de syphiligraphie, t. I, p. 353. Paris, 1869. — Carlo Calza, *Docum. inéd. sur la prostitution*, extr. des archives de la République de Venise. Milan, 1869. — Cambas, *De la prophylaxie de la syphilis*, El progresso medico, 1871, p. 89 à 130, traduction de l'espagnol par Bertrand, dans Annales de dermatologie, 3e année.

Dès les temps les plus reculés, législateurs et médecins ont compris la nécessité d'intervenir pour tempérer les ravages produits par les maux vénériens. Depuis longtemps aussi on a essayé de réglementer la prostitution.

L'unique préoccupation de l'antiquité à cet égard fut de veiller à la propreté et à la toilette des prostituées, à l'entretien luxueux et au confortable des maisons publiques. Au milieu du libertinage effréné de l'empire, Rome ne cherche pas autrement à prévenir les effets de la débauche. Toutefois, sous le règne de Constantin, des deux Théodose et de Justinien, des lois sévères sont rendues pour refréner la prostitution. Ces lois sont prohibitives, elles ordonnent la confiscation des meubles, des vêtements, de la maison ; elles condamnent au fouet, au bannissement, etc. Tout, dans cette législation draconienne, dit Parent-Duchâtelet, annonçait de bonnes intentions, mais une ignorance complète de ce qui regarde les mœurs, les habitudes et le régime des prostituées. Les Capitulaires de Charlemagne offrent chez nous le premier exemple de cette sévérité excessive ; mais, pendant les quatre siècles qui suivirent, toute mesure fut abandonnée malgré l'immoralité la plus grande. A son retour de la Palestine, saint Louis essaya de porter remède à un état de choses déplorable par une ordonnance prohibitive ; mais s'apercevant plus tard qu'il n'avait fait qu'aggraver le mal, il en arriva à tolérer la prostitution que l'expérience lui avait appris ne pouvoir être détruite, il chercha à la régulariser pour diminuer le scandale et atténuer les maux dont elle est la cause.

Dès lors des endroits spéciaux furent désignés aux prostituées. Avignon, Toulouse et beaucoup d'autres villes eurent, comme Paris, Venise et Londres, leurs quartiers de prostitution et des règlements particuliers à l'égard des prostituées.

Lors de l'épidémie du xve siècle, on s'attacha à éloigner de toute société, même de celle des lépreux, les individus convaincus d'être atteints de syphilis. La séquestration des vérolés fut le régime de cette époque. Les riches étaient contraints de s'emprisonner dans leurs demeures, les pauvres étaient chassés et menacés de mort, abandonnés même des médecins, qui se voyaient impuissants à combattre leur mal : « Pauperes hoc malo laborantes expellebantur ab hominum conversatione, tanquam purulentum cadaver; derelicti a medicis (qui se nolebant intromittere in curam) habitabant in arcis et silvis (1). » C'est ainsi que la mesure rigoureuse qui suit fut adoptée tout d'abord à Strasbourg en 1495, et reçut, le 6 mars 1496, la sanction du parlement de Paris : « Premièrement sera fait cry publique d'après le roy, que tous les malades de cette maladie de grosse vérole étrangers tant hommes que femmes, qui n'estoient, etc..... partent hors de cette ville de Paris ès pays et lieux dont ils sont natifs, ou là où ils faisoient leur résidence quand cette maladie les a pris, ou ailleurs où bon leur semblera, sur peine de la hart... » De même, une ordonnance de Jacques IV d'Écosse, du 22 septembre 1497, obligeait les personnes infectées de *grand gor* de sortir d'Édimbourg, sous peine d'être marquées, sur la joue, avec un fer rouge, afin qu'on pût les reconnaître à l'avenir.

Des mesures si radicales ne pouvaient durer; aussi Voyer d'Argenson en 1714, et Berrier en 1747, tous deux lieutenants de police, eurent-ils l'intention de soumettre, à Paris, les prostituées à une visite sanitaire. En 1762, Aulas demande que les dames de maison de tolérance soient rendues responsables de l'état sanitaire de leurs filles, et que toutes, sans exception, soient assujetties à des visites continuelles faites par des chirurgiens attachés à la police et sous la direction d'un chirurgien major. Gardane en 1770, et Bourru en 1771, émettent chacun le vœu qu'on établisse soit des bureaux publics, soit des hôpitaux spéciaux pour le traitement des maladies vénériennes. En 1778, parut l'ordonnance fameuse du lieutenant de police Lenoir, ordonnance à laquelle l'administration actuelle recourt encore lorsqu'il s'agit de prendre des mesures énergiques. Toutefois, malgré sa sévérité, cette ordonnance, mal exécutée du reste, n'améliora pas l'état des choses. Sous la République, le besoin d'une organisation définitive se faisant de plus en plus sentir, on s'inquiéta tout particulièrement des moyens à opposer à la contagion ; c'est alors qu'un chirurgien proposa d'établir (1800) dans chaque arrondissement un local où toutes les femmes seraient tenues de venir se faire visiter deux fois par semaine, et dans lequel on retiendrait celles qui, reconnues malades, devraient être dirigées sur les hôpitaux. En 1802, un dispensaire de salubrité fut créé dans ce but à Paris ; en 1811, il fut organisé avec plus de soin, et l'on ne tarda pas à reconnaître les avantages de cette mesure qui obligea à la réglementation de la prostitution, à l'inscription des filles prostituées. Mais

(1) Laurent Phrisius, *De morbo gallico liber* (*Aphrodisiacus*, t. I, p. 346).

qu'on ne s'y trompe pas, l'inscription ne fait pas la prostituée, elle établit une simple division entre les deux genres de prostitution : la prostitution libre ou clandestine et la prostitution inscrite ou réglementée. Aussi vit-on peu à peu des dispensaires analogues s'établir dans les principales villes de France, Lyon, Bordeaux, Marseille, Nantes, Brest, etc., et cette institution ne tarda pas à se répandre dans la plupart des capitales et des autres grandes villes de l'Europe : la Belgique, la Suisse, la Hollande, la Norwége, la Prusse, l'Italie, l'Espagne, l'ont adoptée. Cette mesure, née de ce courant d'opinions qui tend à mettre au même rang tout ce qui peut nuire à la santé publique et à faire de l'hygiène une des préoccupations légitimes du pouvoir, ne parut pas suffisante à tous les médecins ; quelques-uns demandèrent l'application des visites sanitaires aux hommes. Ratier émit le vœu de voir ces visites mises à exécution dans les corps en garnison des grandes villes, et proposa de rendre plus fréquente l'inspection des femmes. La Belgique, en cela, prit l'initiative. La visite des filles, des servantes et des matrones, y fut faite deux fois par semaine et soumise à un inspecteur-contrôleur dans le but de prévenir la propagation de la syphilis dans l'armée. En outre, le docteur Vleminckx recommanda de ne pas traiter le soldat dans les casernes, et demanda que celui-ci fût obligé de désigner la femme qui l'avait infecté. Les mesures que fit adopter cet éminent inspecteur eurent des résultats tels, que, en 1846, il n'y avait à Bruxelles que 1 vénérien sur 190 soldats, lorsqu'à Strasbourg la proportion, d'après Bertherand, était de 1 sur 33, et à Lyon, suivant Sandouville, de 1 sur 40, encore ce chiffre était-il inférieur à la réalité, puisqu'un grand nombre de soldats se faisaient traiter à la chambrée.

La commission organisatrice du Congrès médical tenu à Paris en 1867 comprit toute l'importance de cette grande question ; elle la fit figurer sur son programme, et là fut agitée pour la première fois la discussion d'une réglementation universelle de la prostitution. C'est qu'en effet, dans l'état présent du monde, avec les relations de peuple à peuple chaque jour plus nombreuses, toutes les nations deviennent de plus en plus solidaires, et l'extension de la syphilis est en rapport avec l'extension des échanges commerciaux.

Telle a été la marche du progrès en fait de prophylaxie syphilitique. En somme, jusqu'à ce que les divers gouvernements soient assez sages pour s'entendre sur les mesures relatives à une prophylaxie générale, des mesures locales demandent à être prises dans le but de diminuer la propagation de la syphilis ; nous les examinerons en ce qui concerne les femmes, les prostituées surtout, les hommes, et enfin les nourrices et les nourrissons.

MESURES RELATIVES AUX PROSTITUÉES ET AUTRES FEMMES.

Personne ne doute que la prostitution ne soit le principal foyer et le grand centre de propagation de la syphilis.

« Pour atténuer présentement les ravages de la syphilis et la faire disparaître probablement par la suite, écrit Parent-Duchâtelet, la première, la plus indispensable des conditions, est de surveiller la santé des individus qui se trouvent dans les conditions les plus favorables pour la propager ; ces indi-

vidus sont évidemment les prostituées. » Un relevé statistique de Puche et de Fournier (1) nous apprend qu'à Paris, sur 873 cas de syphilis transmise, il y a :

Filles publiques	625
Prostituées clandestines	46
Filles entretenues, actrices, etc	52
Ouvrières	100
Domestiques	26
Femmes mariées, femmes des malades	24
	873

Bien que le chiffre relatif des prostituées soit ici vraisemblablement un peu élevé en raison de conditions particulières, puisqu'il s'agit d'observations faites dans des hôpitaux spéciaux où abondent les individus qui se livrent aux filles publiques, la prostitution n'en est pas moins l'une des plus fréquentes causes de la syphilis ; c'est aussi l'une de celles auxquelles, nous le savons, il est possible de porter remède.

Nous ne chercherons pas, à l'exemple des esprits imbus d'idées paradoxales sur ce qu'ils appellent la liberté, si la société a le droit de se défendre contre les excès et les dangers de la prostitution. Nous sommes de l'avis de ceux qui pensent que le devoir d'un gouvernement sage est de sauvegarder, autant que faire se peut, la santé morale et physique de ses administrés, et de savoir sacrifier au besoin le bon plaisir de quelques-uns à l'intérêt de tous. Donc, s'il y a force majeure de tolérer la prostitution, il y a nécessité absolue de la réglementer et de l'assainir. A cet effet, les prostituées sont dans beaucoup de pays soumises à des visites sanitaires.

La manière dont se font ces visites chez nous n'est pas la même dans les diverses villes. A Paris, les filles de maison sont vues toutes les semaines, les filles dites en carte sont visitées deux fois par mois, le spéculum est employé une fois sur deux. A Bordeaux, les visites ont lieu tous les quinze jours, et l'emploi du spéculum est l'exception ; à Marseille et à Reims, elles se font toutes les semaines. Absence d'uniformité, de législation absolue, oubli de la solidarité, insuffisance des visites, comme le prouve l'observation journalière, voilà ce que l'on peut reprocher à cette organisation. Effectivement, on est forcé de reconnaître que, sous ce rapport, Bruxelles et Hambourg ont le pas sur Paris. Dans ces deux villes, les filles publiques subissent deux visites par semaine, et le spéculum est toujours obligatoire.

D'ailleurs, le nombre par trop considérable des filles à examiner, et le peu de temps qu'il est possible de consacrer à chacune d'elles, sont un inconvénient qui tend à rendre pour ainsi dire illusoires nos mesures sanitaires. Ajoutons que, l'examen ayant lieu peu de temps après l'arrivée des filles aux dispensaires, celles-ci ne manquent pas toujours de faire disparaître par des lotions ou des injections astringentes le produit de sécrétion révélateur de la lésion contagieuse. Aussi, dans ces conditions, n'obtient-on jamais qu'une sécurité tout à fait relative.

(1) Alfred Fournier, *De la contagion syphilitique*. Thèse de Paris, 1860.

Des réformes nombreuses ont été proposées, et l'une des principales est l'accroissement du nombre des visites médicales. Les hommes les plus compétents estiment que ces visites devraient avoir lieu tous les trois ou quatre jours ; mais, sans doute, cet intervalle de temps est encore trop long, si l'on veut combattre sérieusement le mal et chercher à le faire disparaître entièrement. Ce n'est pas assez du rapprochement des visites ; il importe d'empêcher les fraudes, d'éviter tout ce qui peut apporter des difficultés au diagnostic médical, et pour cela il n'y a qu'à garder les femmes pendant quelques heures dans un local spécial. Un point essentiel, et sur lequel ont déjà insisté Guichard et Davila, est de faire porter l'examen, non-seulement sur les organes génitaux, mais aussi sur la peau, la bouche, la gorge, l'anus, etc. Depuis qu'il est avéré que les accidents secondaires sont contagieux et qu'ils infectent plus fréquemment peut-être que l'accident primitif, cet examen est devenu indispensable. De même, dans les hôpitaux, un point important est de ne pas livrer à elles-mêmes les prostituées aussitôt après la disparition de l'accident primitif, car, lorsque survient la période des accidents secondaires, ces femmes deviennent une source nouvelle de contagion. Que faire ? Interner et traiter toute prostituée syphilitique pendant un temps assez long pour que sa guérison puisse s'assurer dans les limites du possible, ou bien, après la disparition des premiers accidents, rendre la liberté à cette fille, mais en exerçant sur elle une surveillance spéciale. Ce second moyen, le plus facilement applicable dans l'espèce, exigerait que celle-ci se rendît tous les deux ou trois jours dans un dispensaire ou chez un médecin désigné ; après quoi, si elle était reconnue malade, elle serait envoyée dans un hôpital.

De semblables mesures sont applicables aux filles libres en carte. En outre, tout bon système de prophylaxie doit s'appliquer à prévenir les dangers de la prostitution clandestine (1), et par conséquent à restreindre le nombre des prostituées insoumises qui causent le véritable danger partout où des dispensaires de salubrité fonctionnent régulièrement. En ce qui concerne les ouvrières et les femmes mariées, la chose est plus difficile ; mais il suffit sans doute d'atteindre le mal à sa source, c'est-à-dire dans les maisons de prostitution. Du reste, la punition appliquée à l'homme qui, volontairement, vient à transmettre la syphilis à une pauvre ouvrière, serait un puissant adjuvant. Donc, surveiller soigneusement les prostituées et les filles en carte, les obliger à se soumettre tous les deux jours au moins à une visite sévère, retenir toutes celles qui sont suspectes et ne leur rendre leur liberté, en cas de syphilis incontestable, qu'autant qu'elles auront franchi la période des accidents secondaires ; telles sont les mesures indispensables, sinon pour mettre un terme à l'existence de la syphilis, du moins pour en diminuer la fréquence. Il importe de savoir que la syphilis cessera définitivement le jour où on parviendra à soumettre la prostitution à des règles partout suffisamment sévères.

(1) Partout, même dans les États où la police est le mieux faite, les prostituées clandestines sont en nombre supérieur aux prostituées inscrites, et la syphilis est chez elles très-répandue. Sur 13 818 femmes, arrêtées pour fait de prostitution clandestine à Paris, du 1er janvier 1861 au 31 décembre 1866, 3725 ont présenté des maladies vénériennes. Chez 4070 individus traités à l'hôpital du Midi, en 1866 et en 1867, pour des affections vénériennes dont on a pu retrouver l'origine, 2302 étaient redevables de leur maladie à la prostitution clandestine. (Le Fort, Académie de médecine, séance du 20 avril 1869.)

MESURES RELATIVES AUX HOMMES.

Nous savons (voy. Distribution géographique) que le rôle de l'armée et de la marine dans la propagation de la syphilis a été de tout temps si considérable, que l'histoire de cette maladie est pour ainsi dire liée à l'histoire de toutes les grandes expéditions guerrières, et par conséquent, si l'on veut se préserver de la syphilis, il importe, contrairement à ce qui était admis autrefois, que la surveillance ne soit pas moindre chez les hommes que chez les femmes. Aussi depuis longtemps Restif de la Bretonne, Marc, Ratier, Diday, Acton, Sandouville, Davila, G. Lagneau, regardent-ils comme chose utile de soumettre les soldats et les marins à des visites sanitaires. Selon Marc, on ne devrait choisir en temps de paix, pour être cantonnés dans les campagnes, que des hommes dont l'état de santé aurait été préalablement constaté; n'accorder de semestre qu'autant qu'on aurait pris la même précaution, et ne donner de congé absolu, en cas de maladie vénérienne, qu'après une guérison complète. Davila est d'avis qu'il ne faut permettre à aucun marin national ou étranger de descendre à terre sans qu'il ait été auparavant visité. L'utilité de la visite des marins, ces propagateurs les plus actifs de la syphilis, n'est pas douteuse ; mais l'exécution, qui a été ardemment réclamée dans ces derniers temps par Jeannel et Rey, en est difficile tant qu'il n'y a pas entente entre les diverses nations. Quant aux soldats, nous avons indiqué les bénéfices que tirait la Belgique des règlements auxquels elle les soumet, et la France, sans aucun doute, pourrait tirer le même profit de l'application de semblables règlements.

Ces mesures de précaution sont plus difficilement exécutables vis-à-vis des ouvriers, de ceux même qui travaillent dans les ateliers de l'État. Cependant en Allemagne, selon Davila (1), les ouvriers de quelques grandes manufactures sont visités chaque mois par un médecin qui constate s'ils ne présentent pas des maladies contagieuses. Nous avons dit que les ouvriers des verreries établies dans le voisinage de Lyon ont de leur propre chef demandé des visites à dessein de se garantir d'une contagion qui peut les atteindre. A la rigueur donc, ce serait peu attenter à la liberté individuelle que de soumettre à des visites sanitaires les nombreux ouvriers employés aux mines ; ces visites et beaucoup d'autres seraient tout au moins utiles pour la généralité. Mais là ne doivent pas s'arrêter, suivant quelques médecins, les mesures à prendre à l'égard des hommes.

Dès l'année 1430, d'anciens règlements (2) prescrivaient aux personnes chargées des maisons publiques à Londres de faire visiter non-seulement les prostituées, mais aussi les hommes les recherchant, et quelques syphiligraphes, depuis lors, ont pensé que le moyen d'atteindre la syphilis dans ses sources serait de faire subir une visite aux hommes qui se livrent aux prostituées. Diday, qui s'est beaucoup occupé de tout ce qui concerne la prophylaxie de la syphilis, demande qu'un règlement de police oblige les directrices de maisons de tolérance à examiner les hommes qui se présentent chez elles et à ne leur

(1) *Loc. cit.*, p. 23.
(2) Lagneau, *loc. cit.*, p. 62.

permettre l'entrée de leur établissement qu'autant qu'elles les auraient reconnus sains. Cette mesure, depuis longtemps mise à exécution à Hambourg (1), malgré les difficultés de son application, paraît donner de bons résultats.

Bourru, il y a bientôt un siècle, réclamait la punition sévère de ceux qui ne se font pas scrupule de communiquer la vérole et d'infecter une multitude de personnes. Une punition de ce genre est, on le conçoit, de toute justice. Si des indemnités considérables sont quelquefois, et avec juste raison, allouées à des nourrices contaminées par des enfants syphilitiques, pourquoi une amende ne serait-elle point infligée à l'individu qui volontairement transmet la maladie dont il se sait atteint ? J'admets qu'une semblable mesure pourrait entraîner à sa suite des accusations injustes ; mais elles seraient faciles à découvrir, et rien n'empêcherait de faire retomber la punition sur l'accusateur. Visites sanitaires et punitions, tels sont, en définitive, les moyens qu'une administration intelligente pourrait opposer à la contagion syphilitique par les hommes.

MESURES RELATIVES AUX NOURRICES ET AUX NOURRISSONS.

Les longs développements donnés plus haut à la contagion syphilitique par l'allaitement indiquent toute l'importance de la question d'hygiène qui concerne les nourrices et leurs nourrissons affectés de syphilis. Une double surveillance est ici nécessaire, ainsi que l'ont fait remarquer Cullerier et Bard (2), car si la bouche d'un enfant peut infecter une nourrice, le sein d'une nourrice peut aussi infecter l'enfant.

La nourrice exige un examen approfondi. Non-seulement les seins, la bouche, le pharynx, les ganglions cervicaux, mais encore les parties génitales sont à visiter. Rosen donne encore le sage conseil d'examiner le nourrisson précédemment allaité. Observateur exact et précis, il savait que la syphilis transmise par la nourrice est due le plus souvent à un premier nourrisson héréditairement infecté. Le médecin qui cherche à se précautionner contre la duperie n'oubliera pas qu'une nourrice ayant intérêt à tromper pourrait fort bien présenter un nourrisson qui ne serait pas le sien.

Dans le but de prévenir ce mode de contagion, on a songé à l'établissement des bureaux de nourrices (3). Mais ces bureaux demanderaient à être surveillés, et il conviendrait de multiplier ceux d'entre eux qui dépendent de l'assistance publique. Lagneau demande la création de bureaux particuliers où il serait défendu de présenter une femme, si elle n'avait pas auparavant été soumise à une visite minutieuse qu'attesterait le certificat du médecin. Dans ces établissements, ainsi soumis à une surveillance sanitaire, on pourrait aussi refuser les enfants suspects, dit Bouchut, pour prévenir l'infection des nour-

(1) Voyez Parent-Duchâtelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*. 3e édition. Paris, 1857.

(2) Cullerier et Bard, *Dictionnaire des sciences méd.* Paris, 1821, t. LIV, art. Syphilis, p. 144.

(3) Voyez Marc, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1813, t. VI, p. 305, art. Copulation.

rices mercenaires. De cette façon, les nourrices saines, de même que les parents d'enfants reconnus sains, auraient intérêt à s'y présenter.

L'obligation d'examiner les enfants qui doivent être envoyés en nourrice n'est pas chose nouvelle. En 1775, la Faculté de médecine de Paris proposa d'imposer aux accoucheurs et aux sages-femmes l'obligation de désigner les enfants vérolés, et de leur attacher au bras, avant de les livrer aux nourrices, un billet qui indiquerait leur état ainsi que celui de leurs parents (1). Parent-Duchâtelet (2) voulait que l'on s'assurât de l'état des enfants de soldats avant de les livrer aux nourrices ; or rien ne s'oppose à cette mesure qu'il est possible de généraliser. La famille, alors, recevrait du médecin un certificat que tout directeur d'un bureau de nourrices serait obligé de demander avant de présenter une femme pour allaiter l'enfant. Le directeur enfin exigerait encore une surveillance par le médecin de la localité où l'enfant serait envoyé. A ce point de vue, Ricordi (3) émet le vœu d'une réglementation que je ne puis qu'approuver : donner la charge aux médecins de visiter deux fois par semaine tous les enfants allaités qui arrivent dans la circonscription de leur juridiction ; établir une ligne sanitaire pour empêcher la propagation de la contagion toutes les fois qu'elle se serait développée chez un de ces enfants. Enfin, l'arrivée dans un pays d'un enfant en nourrice devrait être notifiée au syndic (maire), qui en avertirait le médecin. Quant à ces malheureux êtres porteurs d'une maladie dont les parents sont les seuls auteurs, s'il est avéré que la mère est syphilitique, rien ne s'oppose, sa santé le lui permettant, à ce qu'elle allaite son enfant ; en cas contraire, l'enfant devra être nourri artificiellement, comme font les femmes auxquelles les hospices confient des enfants vénériens, soit simplement avec les biberons ordinaires, soit avec le tire-lait à mamelon du professeur Wurzer. A l'aide de ce mamelon, l'enfant suce le lait au fur et à mesure que la nourrice en fait l'extraction par un tube dont l'instrument est muni (4). Tous ces moyens sont excellents, mais il faut exiger en outre que les nourrissons infectés de syphilis soient soignés dans des hôpitaux spéciaux et non abandonnés, comme cela se fait trop souvent, dans les campagnes, où ils ne manquent pas de propager la syphilis.

De toute façon, les nourrices doivent être prévenues du danger qu'elles peuvent courir aussi bien que leurs enfants et les personnes qui les fréquentent. Il importe que leurs mamelons soient cautérisés toutes les fois qu'ils viendront à s'excorier, et tout contact avec une partie ulcérée du nourrisson sous le coup de manifestations de la syphilis sera soigneusement évité.

Inutile d'insister sur les mesures à prendre dans certaines professions pour éviter la propagation de la syphilis ; déjà nous avons fait sentir la nécessité pour les médecins de n'employer que des instruments d'une propreté exquise. De même, nous avons parlé de l'avantage de la visite des ouvriers dans certaines industries, notamment les verreries ; ajoutons que c'est à l'initiative du médecin de s'opposer à la transmission de la syphilis au sein même de

(1) Marc, *loc. cit.*, p. 303, et Lagneau, p. 269.
(2) Voyez encore *Journal de médecine, de chirurgie, de pharmacie*, etc., t. LXXVI, p. 494, 1788.
(3) *Sifilide da allattamento.* Milano, 1865.
(4) Voyez G. Lagneau, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 2e série, t. V, p. 274.

la famille. Quant à la propagation par la vaccine, il faut, pour l'éviter, examiner avec soin les enfants vaccinifères, chercher à connaître l'état de santé de leurs parents, et avoir la précaution d'inoculer le vaccin sans mélange de sang.

C'est ici que se présente un point des plus difficiles à traiter. Un individu parvenu à l'époque du mariage et malheureusement atteint de syphilis désire savoir s'il est ou non exposé à procréer des enfants malades. La réponse à une semblable question est toujours délicate, car s'il s'agit, d'une part, de préserver une femme de la syphilis et de prévenir la procréation d'une descendance dégénérée, il importe, d'autre part, d'éviter de contrarier l'accomplissement d'un des actes les plus importants de la vie. Suivant Diday, tout individu affecté de syphilis primitive ou constitutionnelle, s'il n'a subi aucun traitement général, doit être déclaré inhabile au mariage; mais ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que l'opposition au mariage n'empêche pas la procréation d'enfants syphilitiques. « C'est là pour moi, dit ce médecin (1), un devoir de conscience, une prohibition à la rigueur de laquelle je n'admets ni infraction ni concession. » Aujourd'hui qu'il sait que la syphilis peut guérir sans traitement, l'habile syphiligraphe lyonnais ne tiendrait pas, ce me semble, un langage aussi absolu; c'est qu'en effet il y a sur ce point des distinctions à établir. Certainement le devoir d'un médecin est de défendre le mariage toutes les fois que l'accident primitif et des accidents secondaires existent; mais, si plusieurs années se sont écoulées depuis la cessation de ces accidents, et si le malade, bien rétabli, jouit d'une santé parfaite, bien qu'il ne soit pas toujours prudent de conseiller le mariage, on ne peut cependant pas le prohiber d'une manière absolue, puisque les chances de guérison définitive sont peut-être plus nombreuses après des accidents multiples secondaires que s'il n'y avait eu qu'un chancre induré. Dans le cas de manifestations tertiaires, le médecin, après avoir traité son malade, pourra autoriser le mariage, car on sait que la transmission de la syphilis héréditaire tend à s'éteindre à cette période de la maladie.

Au demeurant, la prudence du médecin ne peut être trop grande dans une semblable circonstance, où l'absence de signes certains rend toujours impossible l'affirmation de la guérison.

§ 2. — Hygiène privée.

L'hygiène privée des maux vénériens, comme l'hygiène publique, préoccupe depuis longtemps les législateurs et les médecins. Il est peu de traités médicaux qui n'en disent au moins quelques mots. Celse en parle très-longuement ; Lanfranc (1290) conseille de laver la verge avec de l'eau vinaigrée comme moyen prophylactique contre les affections qui prennent naissance à la suite de rapports avec les femmes malpropres ou malsaines. Arnaud de Villeneuve, Guillaume de Salicet, Nicolas Massa préconisent ce même moyen (2).

(1) *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, etc., 1855, p. 330.

(2) « Si vero quis cum infecta muliere coire voluerit, quod fatuum est, lavetur vulva cum vino aut aceto, et membrum virile cum aceto..... » Ces lavages constituaient la pratique à suivre avant l'acte; voici la conduite à tenir après l'acte : « Quod si forte quis cum muliere infecta coiverit, laventur partes illæ post coitum cum vino albo calido, vel cum aceto, quod

Fracastor célèbre dans son poëme le jus de citron fréquemment employé de son temps, et G. Fallope vante les lotions avec les liquides vulnéraires, le mercure et le gayac. Les décoctions aromatiques et alcooliques ont été également préconisées. En 1690, Ettmuler conseille de se laver avec de la térébenthine mêlée au vin. Plus tard, Mahon recommande pour le même usage une solution d'alun. Waren conseille, avant l'entrée en matière, des onctions avec une pommade astringente, et après, des lotions et des injections avec une lessive alcaline. Gardanne (1772) propose un préservatif composé d'eau de chaux, d'alcool et de sublimé corrosif. Peyrilhe, Hunter, Fordyce, etc., recommandent, à l'exemple de Waren, les lotions alcalines. Suivant Langlebert, Luna Calderon (1) aurait trouvé un préservatif dont la composition restée inconnue est une chose regrettable. Coster, en 1828, conseille l'emploi du chlore et les préparations chlorurées. Ricord recommande la plupart des substances indiquées; les acides, les alcalis étendus d'eau, l'alcool, le vin, la solution de sulfate de zinc et de sulfate de plomb lui ont paru offrir quelque utilité, mais à la condition que le pus virulent n'ait pas encore pénétré dans les tissus. Langlebert préconise un liquide qui est une sorte de composé des précédents : c'est un mélange de savon mou, de potasse et d'alcool rectifié, le tout additionné d'essence de citron. Un liquide peu différent, plus caustique toutefois, a été proposé par Rodet de Lyon ; il renferme, pour 32 grammes d'eau distillée, perchlorure de fer, acide chlorhydrique et acide citrique, de chaque 4 grammes. D'autres substances ont encore été recommandées, et particulièrement les huiles et les graisses. Au point de vue de leur mode d'action physiologique, ces diverses substances peuvent se classer sous trois chefs. Les unes modifient la circulation de la partie sur laquelle elles sont appliquées, et tendent à s'opposer à l'absorption : ce sont les liquides alcooliques et astringents, tels que l'eau vinaigrée, les solutions de tanin, d'alun, etc. Les autres, comme les graisses, protégent les organes à la manière d'un enduit et mettent obstacle à l'absorption. Les dernières enfin, plus énergiques, sont destinées à détruire le virus : elles sont, quelques-unes au moins, assez actives pour agir à la manière des caustiques; telle est par exemple la préparation recommandée par Rodet (de Lyon). En somme, aucune de ces substances ne peut être regardée comme un préservatif absolu. Cependant chacune d'elles a des avantages propres, une utilité relative et des indications particulières. Ainsi les corps gras, qui entretiennent la souplesse des parties et s'opposent à l'absorption, seront avantageusement utilisés chez l'homme avant l'acte, chez la nourrice avant l'allaitement. Les substances alcooliques, les acides ou les alcalis, et surtout l'alcool et le vinaigre de Bully, qui sont les substances les plus usuelles, peuvent être utilisés pour les lavages, et s'il arrivait de découvrir une solution de continuité, les caustiques trouveraient leur application. A défaut de ceux que nous avons indiqués, le crayon de nitrate d'argent pourrait être employé. Avantageuses tant que l'absorption de la matière

magis mihi placet, ut fiat confortatio membri et prohibitio corruptionis ad illam malam qualitatem, et sic stet in suo robore membrum confortatum. » Nic. Massa, *De morbo gallico* (*Aphrodis.*, t. I, p. 52).

(1) Luna Calderon, *Démonstration de la prophylaxie de la syphilis*. Paris, 1815.

virulente n'a pas lieu, ces diverses substances sont évidemment nulles lorsque le chancre existe. Signalons, en terminant, l'acide phénique, agent qui, au rapport même de l'une de nos plus grandes illustrations scientifiques (1), serait capable de neutraliser un certain nombre de virus, et particulièrement le virus syphilitique ; mais aucun fait n'a jusqu'ici justifié cette manière de voir.

La question de savoir jusques à quand il est possible de neutraliser sur place le virus syphilitique est des plus importantes. Si cet agent ne se comportait pas autrement que les virus de la rage, de la morve, de la vaccine, ou même les venins, tels que celui de la vipère, toute précaution préventive serait inutile. En effet, Renault (d'Allort), ayant cautérisé la plaie d'inoculation quelques heures et même une heure après l'insertion de la matière virulente de la morve ou de la clavelée, n'empêcha pas le développement de ces maladies. Bousquet et E. Rousseau ont fait des observations analogues : le premier, relativement à la vaccine ; le second, par l'inoculation du venin de la vipère. Toutefois Sigmund a établi par des recherches expérimentales et par l'observation clinique, que la cautérisation du point prétendu contaminé est suivie de succès peu contestables, à la condition qu'elle soit pratiquée dans les premiers jours qui suivent le contact impur. Ainsi, l'absorption du virus syphilitique, semblable en cela au virus charbonneux, ne serait pas immédiate. C'est un sujet sur lequel nous reviendrons à propos du traitement.

Ces moyens, nous l'avons déjà dit, ne sont nullement des préservatifs certains, ils n'ont d'autre action que de diminuer les chances d'infection de tout individu qui s'expose à contracter la syphilis. On a encore indiqué des mesures dont il est à peine nécessaire de faire mention, je veux parler de la vaccination syphilitique et de la syphilisation préventive. La première de ces méthodes préservatrices, qui consiste à inoculer le sang pris au voisinage d'accidents tertiaires, fut proposée autrefois par Diday ; mais elle a été depuis abandonnée par son auteur même, et jamais personne, que je sache, n'a songé à la mettre en pratique. La syphilisation préventive n'a pas eu un plus grand succès. Plus loin nous parlerons de la syphilisation curative.

CHAPITRE II

THÉRAPIE.

§ 1. — Des diverses méthodes de traitement employées jusqu'à nos jours.

TRAITEMENT RATIONNEL OU MÉTHODIQUE.

Les premières manifestations de l'épidémie syphilitique du XVe siècle, ayant été pour les médecins de cette époque une véritable surprise, ne furent nulle-

(1) Chevreul, *Considérations sur l'histoire de la partie de la médecine qui concerne la prescription des remèdes*. Paris, 1865.

ment traitées. Il était honteux pour le praticien de s'occuper d'une semblable maladie. Mais, disons-le, l'abstention avait plus particulièrement sa cause dans l'ignorance complète d'un mal nouveau, inconnu d'Hippocrate, de Galien et d'Avicenne. « Les savants, raconte Gaspard Torella, évitaient de traiter cette maladie, étant persuadés qu'ils n'y entendaient rien eux-mêmes..... Car, ajoute le même auteur, comme cet étrange mal n'avait jamais été vu de notre temps, personne, quelque habile, quelque expérimenté qu'il fût, ne pouvait le traiter suivant les règles de l'art... C'est pourquoi les droguistes, les herboristes, toutes sortes d'artisans, de vagabonds imposteurs, se vantent encore, en ce temps-ci, de guérir parfaitement la vérole (1). » Dans ces conditions, des remèdes aussi singuliers que dangereux furent employés; l'abus même devint tel, le mal allant du reste en croissant, que les médecins eurent enfin honte de manquer à leur devoir, et ainsi, fait remarquer Astruc, la honte plutôt que l'espérance de réussir leur fit entreprendre de traiter ce fléau. Guidés par les idées théoriques de l'époque (2), ils instituèrent un traitement à la fois rationnel et méthodique. Une grande diète, un régime très-sain, composé d'aliments faciles à digérer, voilà pour l'hygiène. Des saignées (3) proportionnées à l'âge, aux forces et au tempérament des malades; des sangsues ou des ventouses, des laxatifs, des minoratifs, des apozèmes faits de sucs dépurés de chicorée sauvage, de buglosse, etc.; des sirops composés des mêmes sucs, du petit-lait; tels étaient, en même temps que des bains et des onctions faites avec des liniments divers ou simplement avec des substances grasses, les moyens qui composaient la thérapeutique de la syphilis. Ajoutons à ces moyens, lorsque la maladie était rebelle, la sudation dans des étuves ou encore dans un four médiocrement chaud, moyen auquel Gaspard Torella accordait la préférence quand il s'agissait de guérir les douleurs et les pustules. Quelques médecins, en petit nombre il est vrai, faisaient usage de la décoction ou de l'infusion de vipère, d'autres enfin recouraient fréquemment à l'application d'un cautère sur la tête, au bras, ou à la jambe.

Cependant, dès cette époque commence aussi l'emploi d'un médicament qui deviendra célèbre dans l'histoire de la syphilis, je veux parler du mercure. Introduit dans la thérapeutique par les Arabes (Rhasès, Avicenne, Mésué, etc.), cet agent était employé contre les poux, la gale, l'impétigo, le *malum mortuum* (Théodoric), sorte de lèpre, et autres éruptions cutanées (4). L'analogie, naturellement, conduisit à s'en servir pour combattre les éruptions syphilitiques. Nourris des auteurs de l'antiquité, les premiers syphiligraphes suivirent en cela le précepte de Celse, qui recommande, dans le cas de l'apparition d'un mal inconnu, d'examiner de quelle maladie ce mal approche le plus, et de

(1) Voyez *Aphrodisiacus*, t. I. — Comparez : Wendelin Hock, *Tract. de morbo gallico*, cap. I. — Jean Almenar, *De lue venerea*. Pavie, 1516. — Ulrich de Hutten, *De curatione morbi gallici per administrat. ligni guaiaci*, cap. I et II, 1519.

(2) Consultez dans l'*Aphrodisiacus* de Luisinus les traités de Nicol. Leonicenus, Conrad Gillinus, G. Torella, Seb. Aquilanus, Jac. Catanée, Wendel, Hock, Bened. Victorius. — Voyez le traité cité d'Astruc, t. II, p. 78.

(3) Consultez : Antonii Benivenii, *De morbo gallico tractatus*, etc. (*Aphrod.*, t. I, p. 401). — Leonardi Botalli, Astensis, medici regii, *Luis venereæ curandæ ratio* (*Aphrodisiacus*, t. II, p. 865).

(4) C'est des Arabes que vient, en effet, l'onguent sarazin dont la formule se trouve dans Guy de Chauliac. (*Chirurgiæ magnæ Tractatus*, dort. 1, c. 3).

tenter des remèdes semblables à ceux qui ont guéri plusieurs fois un mal approchant. C'est ainsi que Conrad Gilinus (1497), J. Widmann (1), Torella, Sebastianus Aquilanus, Ant. Benivenius, Wend. Hock, J. Catanée, Angelus Bologninus, et d'autres encore, furent conduits à proposer divers onguents mercuriels ; mais Bérenger de Carpi et Jean de Vigo sont les deux grands promoteurs de la médication par le mercure. Tout d'abord on redoutait les effets de cet agent, et les doses employées étaient assez faibles : c'est à peine s'il entrait un quarantième de mercure dans l'onguent dont Gaspard Torella faisait usage (2). Les onguents dont se servaient les médecins de la même époque renfermaient un quatorzième ou même un huitième de la substance. Les empiriques avaient également recours au mercure ; mais, moins retenus par la crainte de nuire, ils contribuèrent peu à peu, par leurs excès, à jeter du discrédit sur ce médicament. Effectivement, les malades, accablés de frictions fortes et répétées, périssaient quelquefois par le fait du remède (3), et ceux qui avaient assez de force ou de bonheur pour résister à sa violence restaient épuisés par la salivation, la diarrhée, les ulcères de la bouche, etc., ou ne recouvraient la santé qu'après bien du temps et après des souffrances longues et inexprimables.

Le remède devint bientôt pire que le mal, et la méthode tomba en discrédit, ce à quoi contribua encore la découverte d'un médicament nouveau, le gayac (1517). Dès lors commence en réalité, sur les avantages et les inconvénients des préparations mercurielles, la fameuse discussion qui s'est continuée jusqu'à nous, et qui a reçu tout récemment une impulsion nouvelle. Au XVIe siècle, comme de nos jours, on ne se contentait pas de signaler les dangers du mercure : quelquefois on accusait cet agent de produire les manifestations les plus graves de la syphilis ; sinon, on le regardait comme pouvant en être l'occasion. « Occasiones tumorum proveniunt a visceribus affectis, écrit Fallope (4), sed, ut in pluribus, post inunctionem hydrargyri, qui non sanarit ægros..... Cum inungantur partes illæ, imbecilles redduntur, et morbus petit loca illa. » Le passage suivant d'Ulrich de Hutten indique assez l'abus que l'on faisait de ce médicament : « L'onguent, dit-il, causait une si abondante salivation, qu'on était en danger de perdre les dents, si on n'avait l'attention de prévenir ces accidents. Le gosier, la langue et le palais s'ulcéraient ; les gencives s'enflaient, les dents branlaient, il coulait de la bouche, sans relâche, une bave très-puante. » Cet autre, de Rabelais, n'est pas moins explicite : « Que diray-je des pauvres verollez et goutteux ? Quantes fois nous les avons veus à l'heure qu'ilz estoient bien oingt et engressez à point, et le visaige leur reluisoit comme

(1) J. Widmann dictus Meichinger, *Tractatus de pustulis quæ vulgato nomine dicuntur Mal de Franzos*. Argentorati, 1497. — Voyez, pour les autres auteurs, l'*Aphrodisiacus* de Luisinus.

(2) Gaspard Torella, quoique partisan du mercure, attribue la mort de César Borgia et celle de son frère à l'abus de ce médicament (*Aphrod.*, t. II, p. 528).

(3) Les fumigations de cinabre, qui étaient aussi usitées dès cette époque, n'étaient pas non plus sans danger, ainsi que l'indique ce passage de Jean Bénédict : Suadeo ut caveas ab empiricorum suffimigiis, in quibus ponitur cinnabaris, tanquam a præsentissimo veneno, et cujus ego fumo vidi periisse quemdam nobilissimum pictorem Bononiæ, et mulierem devenisse ad apoplexiam. (*De morbo gallico libellus*, cap. IV, De cura morbi gallici, p. 182.)

(4) *De morbo gallico* (*Aphrodisiacus*, p. 826).

la claveure d'un charnier, et les dents leur tressailloient, comme font les marchettes d'un clavier d'orgues ou d'espinettes quand on joue dessus, et que le gosier leur escumoit comme à un verrat que les vaultres ont acculé entre les toiles. »

Au XVIe siècle donc régnaient déjà la doctrine mercurialiste et la doctrine antimercurialiste. A cette époque aussi on traitait la syphilis par les méthodes ordinaires de traitement des autres maladies, et quelque peu par l'expectation et la diète : c'est dire qu'on y trouve, du moins en germe, les divers procédés thérapeutiques dont nous aurons à parler plus loin.

TRAITEMENT PAR LES BOIS SUDORIFIQUES, TRAITEMENT VÉGÉTAL.

Le traitement par les bois sudorifiques marque une période de relâche et de réaction salutaire contre les excès et les conséquences fâcheuses du traitement mercuriel. Ulrich de Hutten raconte comme il suit la découverte du gayac, le plus célèbre de tous les bois sudorifiques employés à la curation de la syphilis : « Un gentilhomme espagnol, trésorier d'une province (Hispaniola), étant fort malade de la vérole, apprit d'un habitant du pays le remède dont il devait se servir, et fut le premier qui l'apporta, craignant cependant qu'il n'eût pas la même vertu qu'il avoit dans cette isle. » Cette version semble faire allusion à Gonzalo Fernandez de Oviedo y Valdez ; mais néanmoins on est loin d'être d'accord sur le nom de celui à qui l'on doit l'importation du bois de gayac, et sur la date de cette importation. Je ne chercherai pas à débrouiller ce point de l'histoire du gayac (1). Ce qui est certain, c'est que le gayac, connu en Espagne dès l'année 1508, au rapport de Delgado, se répandit seulement vers les années 1517 et 1518 en Italie et en Allemagne (2).

Peu de remèdes devinrent aussi rapidement populaires. On publia bientôt par toute l'Europe que le mal de Naples pouvait enfin guérir à l'aide d'une drogue que fournissait l'Amérique, et dès lors le peuple, qui fait d'étranges confusions dans ses chroniques, se persuada que le remède et le mal avaient dû tirer leur origine du même pays, ce qui, sans doute, contribua à affermir l'idée de l'importation américaine de la syphilis. Des cures nombreuses, dont se portaient garants les médecins de cette époque, vinrent du reste légitimer la faveur accordée au gayac. Ulrich de Hutten et son ami Érasme lui furent redevables, après Oviedo, d'une guérison que n'avaient pu produire les

(1) On consultera avec avantage, sur l'histoire du gayac, les notes de Bosquillon à sa traduction du *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*, de Benj. Bell, t. II, p. 395. Paris, 1802 ; — celles de Potton, dans sa traduction du livre du chevalier Ulrich de Hutten sur la maladie française. Paris, 1865, — et enfin un intéressant feuilleton inséré par J.-M. Guardia dans le n° 49, p. 741, de la *Gazette médicale de Paris*, année 1865.

(2) A ce sujet et sur la médication par le gayac, consultez : Delgado, *Del modo di adoperare il legno santo d'India occidentale, ovvero del modo che si guarisce il mal francioso, e ogni male incurabile*. Venise, 1529, in-4°. — Nicolas Poll, *De cura morbi gallici per lignum guayacanum*, dans *Aphrodisiacus*, t. I, p. 242.—Léon Schmauss, *De morbo gallico tractatus*, Salisburgæ, 1518, et *Aphrod.*, t. I, p. 383. — Ulrich de Hutten, *De morbi gallici curatione per administrationem ligni guajaci*, dans *Aphrodisiacus*, t. I, p. 275. Tr. fr. par Potton. Paris, 1865.— Gonzalo Fernandez de Oviedo y Valdez, *Del palo guayacano, o del palo santo*, 1552, tiré de *Natural y general historia de las Indias*. Séville. Nouv. édit. Salamanque, 1557; trad. lat. dans *Aphrod.*, t. I, p. 355.

onctions mercurielles. Le premier principalement aida beaucoup à la propagation de ce remède par la publication d'un traité spécial. Musa Brassavole, Nic. Massa, Fracastor, Fernel (1) au XVIe siècle ; Valsalva, Morgagni et Boerhaave au XVIIIe, prétendent avoir eu l'occasion de constater ses bons effets.

Avant d'être administré, le gayac subissait diverses sortes de préparations. « La manière la plus ordinaire, autrefois, de préparer la décoction de gayac, dit Astruc (2), était de faire infuser pendant vingt-quatre heures, dans un pot de terre neuf et dans huit, dix ou douze livres d'eau, une livre de ce bois, coupé menu ou bien râpé : ayant bien bouché le vaisseau, on faisait bouillir la décoction, au bain-marie, sur un feu doux, mais égal, jusqu'à la diminution du quart, du tiers ou de la moitié, suivant qu'on voulait une décoction plus ou moins forte, eu égard aux forces et au tempérament du malade, et à la violence de la maladie. La décoction étant refroidie, on la passait et on la gardait dans des bouteilles de verre bien bouchées ; sur le bois qui restait dans le pot de terre, on versait de nouveau pareille quantité d'eau que l'on faisait encore bouillir à un feu doux, jusqu'à la diminution du quart. Cette seconde décoction, que l'on appelait *Bocket*, étant passée se gardait aussi dans des bouteilles de verre. La première décoction était employée comme remède, et l'autre comme boisson ordinaire..... Quand la décoction était prête, et que le malade avait été doucement purgé et tenu à une nourriture légère depuis quelques jours, on le renfermait dans une chambre qui fût chaude par son exposition, ou qu'on avait soin d'échauffer, et qu'on tenait bien calfeutrée pour empêcher l'air et le froid d'y entrer. On lui donnait, de grand matin, dans son lit, un verre de la première décoction chaude, d'environ huit ou dix onces, et, après l'avoir bien couvert, on le faisait suer deux ou trois heures ; après qu'on l'avait essuyé, quatre heures au moins après la prise de la décoction, on lui donnait deux ou trois onces de biscuit, avec quelques raisins secs, ou quelques amandes, ou quelques pistaches ; on le laissait boire abondamment de la seconde décoction : quatre heures après, il prenait un autre verre de la première décoction, contenant huit ou dix onces, suait pendant trois heures, comme la première fois ; après avoir été essuyé, il mangeait de même deux ou trois onces de biscuit, etc., buvait quelques verres de la seconde décoction. Si le malade était trop délicat, trop maigre, trop faible, pour soutenir une si rigoureuse abstinence, on lui donnait un peu plus de pain, de raisins, ou un massepain, ou un bouillon de poulet, même, quelques jours après, le quart ou la moitié d'un poulet rôti ou bouilli, sans sel. On suivait cette méthode pendant quinze jours ; durant ce temps-là, si le ventre n'était pas libre, on donnait un lavement émollient, de deux en deux ou de trois en trois jours ; après les premiers quinze jours, on purgeait doucement le malade avec la moelle de casse, la manne, les tamarins, etc., et il ne buvait, le jour de la purgation, que de la seconde décoction. On recommençait ensuite le même traitement jusqu'au trentième ou quaran

(1) Ant. Musa Brassavole, *De morbo gallico liber* (*Aphrod.*, t. I, p. 658). — Nicolas Massa, *De morbo gallico liber*, Venetiis, 1563, et *Aphrod.*, t. I, p. 39. — Hier. Fracastor, *De morbo gallico poematum*, lib. III (*Aphrod.*, t. I, p. 183). — Jean Fernel, *De lue venerea dialogus* (*Aphrod.*, p. 610). — Antonius Gallus, *De ligno sancto non permiscendo opus* (*Aphrod.*, t. I, p. 455).

(2) Astruc, t. II, p. 95, édit. de Louis. Paris, 1777.

tième jour; mais on donnait un peu plus de nourriture, en augmentant insensiblement. Si le malade, après vingt-cinq ou trente jours, se trouvait avoir assez de forces, on lui permettait, quand il ne suait pas, de se lever, de se promener dans la chambre, bien vêtu. Enfin on le purgeait de nouveau sur la fin du traitement; il pouvait alors sortir de la chambre, non pas pour s'exposer au plein air, mais pour aller dans une autre chambre, jusqu'à ce qu'il fût en état de soutenir l'impression de l'air, car il ne fallait pas changer de régime tout d'un coup, mais il fallait que le malade s'accoutumât peu à peu à reprendre le train de vie ordinaire, durant un mois entier, pendant lequel il gardait encore le régime, ne buvait point de vin, usait de la seconde décoction pour la boisson ordinaire. » Dans ce mode d'emploi du bois de gayac, à notre sens, la préparation à laquelle était soumis le malade, le régime sévère auquel il était maintenu, contribuaient au moins autant que le remède à amener la guérison. Du reste, la forme différente sous laquelle on prescrit encore le gayac aujourd'hui explique suffisamment la diversité d'action.

Un autre bois, venant également des Indes, mais, suivant Astruc, différent du précédent, fut employé en même temps que ce dernier. En France, où ce bois, dit bois saint, jouissait d'une grande réputation, malades et médecins n'en parlaient qu'avec une pieuse admiration. O saint bois! disait dans l'une de ses oraisons un patient qui se trouvait soulagé, sinon guéri, par les effets de cet heureux médicament; ô saint bois, n'es-tu pas au propre le bois béni de la croix du bon larron? Comme ces bois étaient fort chers, on leur substitua peu à peu, mais sans succès, les bois d'ébène, de coudrier, de buis, et surtout le bois de genièvre, etc. (1).

Les éloges les plus pompeux et la recommandation des deux grands souverains de l'époque ne suffirent pas pour maintenir le règne du gayac. Dès 1546, Fracastor, écrivant son traité en prose sur les maladies contagieuses, prétendait qu'il en fallait donner la décoction à la plus forte dose et pendant un plus grand nombre de jours que dans les premiers temps. Matthiole tenait à peu près le même langage. Le gayac tomba enfin dans le discrédit. C'est vers ce temps (1536 ou 1537) que fut apportée en Europe la racine de squine. Cette racine, dont usa l'empereur Charles-Quint, comme le rapporte A. Vesale (2), remplaça peu à peu le bois de gayac. Vinrent ensuite la racine de salsepareille et le bois de sassafras; puis on reconnut bientôt que toutes ces plantes possédaient des vertus analogues, et on finit par les administrer sous le nom de *décoction des bois sudorifiques*. Cependant la méthode rigoureuse qu'on employait tout d'abord ayant paru offrir quelques inconvénients chez les malades d'une constitution faible, une nourriture plus abondante fut permise, la sudation fut diminuée; mais avec les inconvénients cessèrent les vertus thérapeutiques du remède. La notoriété du gayac et des bois sudorifiques ne tarda pas à décroître. En 1564, A. Fracanziani avoue de bonne foi que la maladie s'étant rendue difficile et opiniâtre à guérir, beaucoup de médecins très-habiles ont été obligés de revenir aux onctions mercurielles depuis deux ans. Dans le XVIIe siècle, le gayac était encore en usage; mais les médecins du XVIIIe siècle,

(1) Voy. Brassavole, Jean de Léon, J. Scaliger.
(2) *De radice chinæ*, *Epistolæ* 1556 (*Aphrod.*, t. I, p. 586).

à l'exception d'un petit nombre, le délaissèrent à peu près complétement pour recourir au mercure. Astruc déclare, après beaucoup d'autres, que la décoction des bois sudorifiques n'est susceptible de guérir que les maladies vénériennes locales et commençantes, et dès lors le mercure est remis en honneur.

Relativement aux divers traitements, les médecins, qui tenaient compte de la vigueur de leurs malades, n'avaient pas toujours recours aux remèdes les plus énergiques ; les individus faibles et débiles étaient mis à l'usage de certains végétaux. On s'adressait aux résineux, à l'encens, à la myrrhe, au souchet, à l'écorce de cannelle, etc. Plus tard, la sapouaire fut vantée par Sennert, Bartholin et Stahl. La gratiole, la douce-amère, la germandrée, l'hysope, le dictame blanc et beaucoup d'autres plantes ont reçu des éloges plus ou moins mérités. Kalm et Bertram ont vanté la racine de cardinale bleue (*Lobelia syphilitica*), Russell et Cullerier ont fait l'éloge du bois-gentil (*Daphne mezereum*). Cirillo attribue de grands avantages au citron qu'avait déjà célébré Fracastor (1). Il prétend qu'il a été témoin de cures nombreuses opérées par les limons, les oranges, fruits dont il vaut mieux conseiller aux malades l'abus que la trop petite quantité. Certes, il n'est guère possible de contester les avantages et l'utilité de ces différentes substances ; mais, à notre avis, elles ne sont que de faibles adjuvants.

TRAITEMENT PAR L'OPIUM ET LES SUBSTANCES OXYGÉNÉES.

Dans un livre écrit en 1661, Simon Pauli rend compte d'un cas de guérison de syphilis obtenue par l'opium ; mais ce fait resta oublié, et c'est vers la fin du XVIIIe siècle seulement que l'opium acquit tout à coup une certaine célébrité dans le traitement de la syphilis. En 1779, Grant et Michaelis, médecins des armées anglaises en Amérique, prétendirent avoir obtenu de grands succès de l'emploi de ce médicament pour combattre la même maladie (2). Plusieurs médecins anglais (3), suédois (4) et allemands (5) ne tardèrent pas à en faire usage, et parurent également satisfaits de ses effets thérapeutiques. Convaincus que les propriétés de l'opium étaient restées inconnues parce qu'on avait administré ce médicament avec trop de timidité, les médecins partisans de cette médication commençaient, en général, par faire prendre 5 grains (0^gr,2655) d'opium par jour, puis ils en augmentaient peu à peu la dose pendant trois ou quatre mois, au point de la porter jusqu'à 50 grains (2^gr,655) dans les vingt-quatre heures. Dans ces conditions, le sommeil était prolongé, il y avait quelquefois un assoupissement dont il était aisé pourtant de tirer les malades ; le

(1) Sed neque carminibus neglecta nostris
Hesperidum decus, et Medarum gloria citre
Sylvarum.....
Ergo ubi nitendum est cæcis te opponere morbi
Seminibus, vi mira arbor Cytherea præstat.

(2) On trouve la relation de ces succès dans les *Medical Communications*.

(3) Voyez Cullen, *Materia med.*, t. II, p. 354. — Pearson, *Observat. on the effect of various articles of the materia medic. in the cure of lues venerea*. London, 1800, p. 57.

(4) Cl. Tode, *Mémoires de la Société de médecine de Copenhague*, t. I, p. 424.

(5) Tuissinck, *De opii usu in syphilide observatis probato*. Leyde, 1785. — Franck, dans sa traduction de Weikard sur la doctrine de Brown.

ventre conservait d'ordinaire sa liberté, mais le plus souvent survenaient une sueur fétide fort abondante et un écoulement considérable d'urines muqueuses. Gherardini (1), Richter, J. Pasta (2) et quantité d'autres praticiens célèbres ne reconnurent aucun résultat avantageux à l'opium, si ce n'est toutefois pour calmer certaines douleurs qui résistent au mercure ; en conséquence, l'usage exclusif en fut cessé.

Vers la fin du siècle dernier, on fit servir au traitement de la syphilis certaines substances oxygénées, et principalement l'acide nitrique. Persuadé que le mercure n'avait d'action qu'autant qu'il était à l'état d'oxyde, Girtanner s'imagina que les propriétés de ce métal résultaient de sa grande facilité à abandonner son oxygène aux substances animales. Partant de cette idée, Scott de Bombay et Alyon de Paris, puis Rollo, Cruikshank (3), chirurgiens militaires anglais, pensèrent qu'il n'y avait rien de mieux que de traiter la syphilis par les préparations oxygénées ; aussi les employèrent-ils à la fois *intus et extra*. Malgré une vogue d'assez courte durée, la médication oxygénée n'a peut-être pas été entièrement dépourvue de succès ; elle semble du moins avoir contribué à la guérison de quelques cas de syphilis avancée. Pourtant, on s'aperçut bientôt que les substances oxygénées n'avaient qu'un avantage médiocre, et que la théorie en vertu de laquelle on les prescrivait n'était pas fondée. Subissant le sort de bien d'autres agents médicamenteux, elles tombèrent dans l'oubli, mais non toutefois dans un oubli complet, car nous les voyons reparaître de temps à autre, et nous dirons plus tard quel parti on peut tirer des acides, et particulièrement de l'acide nitrique, dans le traitement de certaines lésions viscérales consécutives à la syphilis.

TRAITEMENT PAR LE MERCURE.

Le mercure, tombé dans le discrédit après l'essai qui en fut fait par les premiers syphiligraphes, ne fut pas pour cela entièrement abandonné. Nicolas Massa, Thierry de Hery et plusieurs de leurs contemporains continuèrent de le prescrire. J. de Bethencourt (4) traita par ce moyen l'épidémie vérolique de Rouen (5). Alp. Ferri (6) (1538) voulait qu'après avoir employé vainement le bois saint, on en vînt aux frictions mercurielles, et Fallope (7), racontant qu'un jeune homme dont la syphilis avait résisté à tous les remèdes étrangers avait été guéri par un empirique, ajoutait : « Je me sers du mercure dans les véroles rebelles et

(1) Gherardini, Appendice à sa traduction italienne du *Traité des maladies vénériennes* de Fabre.

(2) Pasta, *Nuove Ricerche della facoltà dell' oppio nelle malattie veneree*. Bergamo, 1788, in-8°.

(3) Cruikshank, *An account of two cases of the diabetes mellitus by J. Rollo ; with the results of the trials of various acids and other substances in the treatment of the lues venerea*. London, 1797, trad. franç. par C. Ph. Alyon. — Comparez : Th. Beddoes, *On the Effects of the nitrous acid in the venereal diseases*, 1797. — Adam Schmidt, *Beiträge zu den Resultaten der Versuche mit der Salpeter-saure bei syphilit. Krankheiten*. Wien, 1802.

(4) J. de Bethencourt, *Nova pœnitentialis quadragesima*, etc. Parisiis, 1557.

(5) Dans un poème satirique composé par Georges Summaripa, praticien de Vérone, il est déjà question de l'emploi du mercure dans la syphilis en 1496.

(6) Alp. Ferri, *De ligno sancto liber* (*Aphrodis.*, t. I, p. 404).

(7) Fallope, *Lib. de morbo gallico*, cap. 67.

désespérées, surtout lorsque j'ai essayé les autres moyens. » C'est ainsi que peu à peu les avantages de cet agent sur les préparations végétales furent reconnus.

D'abord le mercure fut employé uniquement à l'extérieur ; il y avait plusieurs manières de s'en servir, savoir : en emplâtre ou cérat, en lavage, en onguent ou liniment (méthode des frictions), en parfums (méthode des fumigations). Dans la matière de l'emplâtre ou cérat mercuriel, il entrait du mercure éteint à la dose d'un sixième ou d'un huitième, des graisses et de la cire. Proposés par Angelus Bolognimus, les emplâtres fort vantés de J. de Vigo, dont le nom est resté à l'un des plus fameux, tombèrent rapidement en désuétude à cause de l'irritation cutanée qui était la conséquence obligée de leur emploi. Les lavages mercuriels se composaient, d'après Augier Ferrier, l'un des premiers qui en aient parlé, de drogues dessiccatives et de sublimé corrosif dissous dans l'eau distillée (2 onces par 5 ou 6 livres d'eau distillée). Le sublimé servait aussi à laver et à frotter dans un lieu chaud toutes les parties du corps, excepté la poitrine, la tête, l'estomac et les aisselles, et cela pendant dix jours, une, deux ou trois fois le jour, suivant les forces du malade et autres conditions. Mais, de même que les emplâtres, les lavages ne tardèrent pas à être regardés comme dangereux, et ils furent bannis de la thérapeutique. Le mercure éteint à la dose d'un sixième ou d'un huitième constituait la base de l'onguent, auquel on mêlait des graisses, des huiles de camomille, de rue, etc., du styrax, de la litharge, du soufre vif, etc. L'onguent une fois préparé, on en frottait les jointures, les membres jusqu'aux aisselles ou aux aines, et même le tronc, à l'exception toutefois du ventre et de la poitrine; on réitérait les frictions jusqu'à la salivation, qui trop souvent prenait de grandes proportions et causait des ravages considérables.

Les fumigations, employées à la même époque, produisaient des accidents du même genre entre les mains malhabiles ; mais il faut dire qu'elles avaient l'approbation de Massa, de Rondelet, etc. Elles étaient de deux sortes, les unes bénignes, les autres malignes, suivant la qualité des drogues dont on les composait. Les premières contenaient des matières grasses et résineuses, des baumes. Les autres étaient faites avec les mêmes substances, auxquelles on ajoutait de l'arsenic ou des préparations mercurielles, telles que le cinnabre, le précipité rouge, le turbith minéral ou même le sublimé corrosif. Ces drogues pilées séparément et réduites en poudre très-fine étaient employées de deux façons, en forme de poudre dont on répandait quelques pincées sur des charbons, et en forme de pastilles ou de trochisques dont on usait de la même manière. Le malade qui devait être soumis à la méthode des fumigations était d'abord saigné et purgé, puis on le plaçait nu dans une espèce de pavillon bien chauffé et nommé communément l'*archet*. On mettait à ses pieds un réchaud plein de braise, et par un trou fait exprès on y jetait à diverses reprises quelques trochisques ou tablettes de parfums, de façon qu'il fût exposé depuis les pieds jusqu'à la tête à la fumée qui s'en exhalait, jusqu'à ce qu'il suât abondamment. Si par hasard on voyait qu'il fût près de se trouver mal, on tâchait de prévenir la défaillance dont il était menacé, en lui faisant mettre la bouche à un trou pratiqué à cette intention, ou respirer un air pur et frais par un tuyau dont le bout sortait au dehors. Les malades étaient tenus plus ou moins long-

temps sous l'archet, suivant le degré du mal, la violence des symptômes et l'état des forces; la fumigation durait une heure, une demi-heure ou trois quarts d'heure. Sitôt retiré de l'étuve, le malade était placé dans un lit bassiné, et on le recouvrait bien pour le faire suer abondamment, pendant une heure ou deux ; après quoi, l'ayant essuyé, on lui donnait un verre de vin à boire, et au bout de deux heures on lui servait à manger. On pratiquait d'ordinaire ces sortes de fumigations tous les jours, ou seulement de trois en trois ou de quatre en quatre jours, eu égard à la violence de la maladie et à l'état des forces ; on les réitérait six, sept, huit ou neuf fois, jusqu'à ce que la salivation ou le flux de ventre parût, ou que les symptômes de la maladie disparussent entièrement.

Vers l'année 1535 seulement, Pierre-André Matthiole osa le premier donner le mercure à l'intérieur; il l'administrait sous forme de précipité rouge, précipité *per se*, oxyde rouge, deutoxyde de mercure. Bientôt cet agent fut employé sous forme de mercure cru et devint la base des fameuses pilules de Barberousse dont François Ier, dit-on, se servit l'un des premiers en France (1540) ; puis, avec les découvertes chimiques, on vit surgir successivement le mercure doux (*aquila alba, calomelas*, protochlorure de mercure), l'*æthiops minéral* (sulfure noir de mercure), le précipité blanc (nitrate de mercure), etc., etc. Cette fois encore, médecins et empiriques surtout se livrèrent à des excès regrettables ; convaincus que la salivation était chose nécessaire, le prix du salut, la seule voie d'élimination du virus, ils cherchaient avant tout à la produire.

Ce fut en 1718, dit Yvaren (1), c'est-à-dire deux cent quatre-vingt-quatre ans après l'apparition de la syphilis, que Chicoyneau, chancelier de l'Université de Montpellier, s'efforça de démontrer l'inutilité de la salivation et de lui substituer, dans la cure complète de la maladie, la méthode dite par *extinction*. Cette salutaire réforme ne triompha à Paris que longtemps après, et il s'est à peine écoulé soixante ans depuis qu'elle est devenue la règle commune. Cependant, malgré l'emploi de doses plus modérées, le traitement mercuriel ne fut point encore cette fois à l'abri de toute réaction. Les mercurialistes Vigo, Fracastor, Brassayole, Massa, Botal, Rondelet, etc., et les antimercurialistes Torella, Montanus, Fernel, Fallope, Tomitanus, etc., reparaissent sous des noms différents. Les incertitudes thérapeutiques du XVIe siècle se représentent au XIXe siècle comme pour attester notre ignorance et nos faibles progrès. Les observations intéressantes de quelques médecins anglais, les attaques passionnées de Broussais contre la spécificité morbide de la syphilis, les craintes un peu exagérées des préparations mercurielles vinrent, au commencement de ce siècle, remettre sur le tapis la question du traitement de la syphilis sans mercure et faire douter des bons effets de l'emploi des mercuriaux.

Le traitement sans mercure fut une sorte de révolution dans l'histoire de la syphilis, et à ce point de vue il mérite de fixer notre attention. C'était l'époque

(1) *La Syphilis* de Jérôme Fracastor, trad. fr. Paris, 1847. — Voyez, concernant l'historique de l'emploi du mercure contre la syphilis, Virchow, *Zur Geschichte der Quecksilber Behandlung in der Syphilis* (*Archiv*, t. XIX, p. 238).

où les idées de Balfour, Hunter, Adams, Carmichael, touchant la pluralité du virus, commençaient à prendre racine en Angleterre. La France était en guerre avec l'Espagne : le docteur Fergusson, chirurgien de l'armée anglaise en Portugal, ayant eu l'occasion d'observer dans les grands hôpitaux de ce pays, remarqua que le traitement mercuriel était fort peu en usage chez les vénériens. Les ulcères primitifs n'étaient combattus que par des moyens locaux, et c'était seulement dans la pratique civile qu'on associait quelquefois aux topiques la décoction des racines ou autres moyens semblables. Les affections de la gorge n'étaient traitées qu'avec des gargarismes irritants, et souvent elles guérissaient aussi vite que les chancres. On n'avait enfin recours au mercure à l'intérieur que dans les affections des os ; mais celles-ci étaient fort rares, et la plupart du temps si légères qu'on les considérait comme rhumatismales et qu'on les guérissait par de légères doses de calomélas, de poudre de Dower, de gayac, par les bains chauds, etc. La maladie, toutefois, montrait plus d'intensité chez les Anglais, ce à quoi paraissait surtout contribuer un état fébrile causé par la chaleur inaccoutumée du climat, la débauche et les excès de tous genres. La maladie, chez ces derniers, prenait presque toujours un caractère phagédénique, elle débutait par une violente inflammation avec fièvre, et elle exigeait un traitement actif et surtout antiphlogistique. Ces diverses circonstances remarquées par Fergusson le conduisirent à supposer, ou que les végétaux ont des propriétés antisyphilitiques plus prononcées dans les climats chauds que dans les climats froids, ou que la maladie s'est tellement adoucie en Portugal qu'elle peut s'épuiser d'elle-même après avoir accompli une certaine évolution. Ce chirurgien, d'ailleurs, constatait la même bénignité relative touchant la petite vérole. Bien que convaincu de la guérison de la syphilis sans traitement mercuriel, Fergusson (1) ne pensa pas que ce qui se passait en Portugal pût être applicable à l'Angleterre ; mais ses observations firent germer l'idée du traitement de la syphilis sans mercure. Les observations de Thomson (2), Rose (3), Guthrie (4), ne tardèrent pas à démontrer la possibilité de la réussite d'un traitement non mercuriel. Thomson traita tous les malades qui lui étaient confiés, tant à l'hôpital qu'en ville, à l'aide des antiphlogistiques et des topiques adoucissants, et il remarqua qu'un dixième seulement de ceux qui étaient soumis à sa méthode présentaient des accidents consécutifs. Rose n'observa de symptômes constitutionnels que sur un tiers de ses malades traités sans mercure. Il ne vit jamais survenir de caries, et jamais la maladie ne lui montra cette transition uniforme et non interrompue d'un symptôme à un autre, carac-

(1) Fergusson, *Observ. on the venereal disease in Portugal* (*Medico-chirurgical Transact.*, 1813, t. IV).

(2) Jean Thomson, *Obs. on the treatment of Syphilis without mercury*. Edinburgh, 1817.

(3) Thomas Rose, *Obs. on the treatment of Syphilis with an account of several cases of that disease in which a cure was effected with the use of mercury* (*Medico-chirurgical Transact.*, 1817, t. VIII).

(4) G. Guthrie, *Obs. on the treatment of the venereal diseases without mercury* (*Med.-chir. Transact.*, t. VIII). — Comparez : Jacques Bartlet, *Dissert. med. inaug. de syphilidis tractatione sine hydrargyro*. Edimbourg, in-8°. — J. Hennen, *Principles of military Surgery, comprising observations of the arrangement, police, and practice of Hospitals, and of the history, treatment and anomalies of Variola and Syphilis*, 2d. edit. Edinburgh, 1820, in-8°. — S. Hill, *On the simple treatment of syphilis* (*Edinburg med. and Surg. Journal*, sept. 6, 1822).

tère de la syphilis à laquelle on n'a pas opposé de mercure. Les observations de Guthrie s'accordèrent, quant au fond, avec celles de Rose ; la proportion des symptômes consécutifs lui parut encore moindre ; mais il avoue n'avoir pu suivre longtemps ses malades.

D'un autre côté, sur 417 cas de syphilis traités sans mercure, Hennen observa 46 fois seulement des symptômes consécutifs. Un rapport médical sur l'armée anglaise par J. Mac-Gregor et W. Franklin est encore plus décisif ; il nous apprend que, du mois de décembre 1816 au mois de décembre 1818, 1940 individus furent traités pour des ulcérations primitives du pénis. Dans ce nombre étaient compris non-seulement les ulcérations simples, mais aussi les chancres syphilitiques de Hunter. Or, sur ces 1940 malades, 96 seulement eurent des symptômes secondaires, et encore, sur ce chiffre de 96, 12 malades avaient pris du mercure pour des motifs particuliers consignés dans le rapport. Parmi ces 1940 individus atteints d'ulcérations primitives, 65 furent soumis à un traitement mercuriel. Par conséquent, si l'on retranche du total les nombres 65 et 12, il reste 1863 cas dans lesquels il y eut guérison complète sans mercure. La durée moyenne du traitement fut de 21 jours pour les malades qui n'avaient pas de bubons, et de 45 jours pour ceux qui en avaient. Pendant les deux mêmes années, 2827 malades atteints d'ulcères de la verge furent traités avec le mercure ; la moyenne du temps qu'ils mirent à guérir fut de 33 jours quand il n'y avait pas de bubons, et de 50 jours lorsqu'il y en avait : 51 d'entre eux furent atteints d'accidents secondaires.

Tandis qu'en Angleterre s'opérait cette révolution, en Amérique, Harris, Stevens et d'autres répétaient les mêmes expériences et arrivaient aux mêmes résultats. En France, où la doctrine physiologique commençait à s'établir, l'idée de traiter la syphilis sans mercure fut nécessairement bien accueillie. Jourdan, Broussais, Richond des Brus, Dubled, Bobillier, Desruelles et Devergie aîné s'en montrèrent les principaux défenseurs. Des publications nombreuses furent faites en faveur du traitement simple ; mais les statistiques qui y sont consignées sont en général moins complètes que celles des médecins anglais. Comme en Angleterre, le repos, des applications émollientes, des soins de propreté, des boissons délayantes et un régime plutôt débilitant que tonique constituaient tout le traitement. En Allemagne, ce même traitement, d'abord appliqué par Brüninghausen (de Wurzbourg), fut plus tard employé sur une plus grande échelle par le docteur Fricke (de Hambourg). Après avoir successivement fait usage des deux méthodes, ce médecin déclara que les symptômes étaient plus graves et la durée du traitement plus longue avec le traitement par le mercure. De même que les médecins anglais, le docteur Fricke tenait ses malades au lit ; chacun d'eux recevait tous les jours 64 grammes de pain, 1425 grammes d'eau de gruau et six cuillerées de végétaux cuits (1). Chez les femmes ce régime était continué pendant toute la durée de la maladie ; chez les hommes, au bout de quinze jours ou trois semaines, on augmentait un peu les aliments, à mesure que les symptômes diminuaient d'intensité. Rarement une saignée générale était prescrite, mais on administrait tous les jours trois

(1) Voyez Graves, *Leçons de clin. médic.*, traduction franç. du docteur Jaccoud. 2e édit., t. II, p. 572.

cuillerées à bouche d'une solution de 16 grammes de magnésie dans 192 grammes d'eau de fenouil. Ce traitement était opposé aux accidents primitifs et secondaires par le docteur Fricke, qui, loin de répudier complétement le mercure, le considérait, au contraire, comme un bon et puissant remède. Toutefois, il prescrivait aussi, dans la syphilis secondaire, la décoction des bois sudorifiques et l'acide nitrique. Handschuh et plusieurs autres médecins allemands expérimentèrent de même le traitement sans mercure et arrivèrent à des résultats analogues. Ces essais furent imités en Italie, en Danemark, en Suède, et partout on prétendit que l'emploi de la nouvelle méthode rendait les affections syphilitiques plus bénignes et moins nombreuses. Ajoutons pourtant qu'on ne méconnut jamais complétement l'utilité du mercure administré à petites doses et joint à un régime léger et adoucissant.

De toutes ces observations, qui n'eurent pas toujours lieu avec un désintéressement complet et dans lesquelles on ne tint pas un compte suffisant de la nature de l'accident primitif, il résulta néanmoins une révolution utile et fructueuse dans la thérapeutique de la syphilis. Jusque-là, en effet, il y avait abus des préparations mercurielles dans le traitement des accidents primitifs, car on les prescrivait même dans la blennorrhagie, que l'on regardait comme un de ces accidents. Souvent, au lieu de guérir, on exaspérait le mal : c'est qu'on croyait trop volontiers que ces symptômes étaient toujours suivis de syphilis constitutionnelle. La méthode accréditée par les médecins anglais a prouvé qu'en l'absence d'un traitement mercuriel les chancres syphilitiques eux-mêmes sont moins souvent compliqués de phagédénisme, sans être pour cela suivis plus souvent d'accidents consécutifs (1). Cette méthode nous a laissé de plus ce précieux enseignement, qu'un grand nombre de lésions syphilitiques, parmi les manifestations secondaires surtout, peuvent céder au simple régime, et qu'ainsi le mercure n'est en aucune façon un spécifique, mais un simple adjuvant qui, dans des conditions données, favorise le retour à la santé. Effectivement, Bennett, tenant compte de tout ce qui avait été publié à cet égard, put écrire : « Le nombre des expériences s'élève aujourd'hui à plus de 80 000 qui ont eu pour résultat d'établir d'une manière incontestable que la syphilis est guérie plus vite et expose moins aux accidents secondaires lorsqu'on la traite par une médication simple, que lorsqu'on a recours aux préparations mercurielles (2). »

Peu à peu cependant on se remit à traiter la syphilis à l'aide des préparations mercurielles; la syphilisation, nouvelle méthode thérapeutique née il y a quelques années, continua seule le traitement non mercuriel. Mais les attaques livrées à la médication par le mercure ne devaient pas cesser si tôt. Les paradoxes soutenus par l'école de Broussais, complétement délaissés en France, ont été ressuscités il y a peu de temps en Alle-

(1) Voyez Gauthier, *Examen historique et critique des nouvelles doctrines médicales sur le traitement de la syphilis*. Discours prononcé devant l'administration de l'hospice de l'Antiquaille, etc. Lyon, 1843.

(2) Partisan du traitement simple, le docteur Drysdale a publié sur la guérison de la syphilis sans mercure un livre auquel nous renvoyons le lecteur, *Clinical Lectures on the principles and practice of Medicine*. Edinburgh, 1859, p. 59. — Drysdale, *Traitement de la syphilis sans mercure*, trad. fr. Paris, 1864.

magne, où Jos. Hermann (1), Lorinser (2) et quelques autres médecins soutinrent qu'il n'y a point de syphilis secondaire, et que toutes les formes morbides qu'on décrit habituellement sous ce nom sont des conséquences plus ou moins éloignées du traitement mercuriel. Mon intention n'est pas d'entrer dans les nombreuses discussions soulevées par cette nouvelle guerre contre le mercure; qu'il me suffise de dire que, grâce aux travaux de Singer (3), de Waller (4), d'Overbeck (5) et de A. Kusmaull (6), le mercure cette fois encore fut reconnu innocent de la plupart des méfaits qu'on lui imputait (7). Toutefois, de cette discussion résulta une connaissance plus approfondie de la façon dont cet agent se comporte dans l'économie, de son élimination, comme il était résulté de l'innovation faite par les médecins anglais une appréciation plus nette de l'évolution naturelle de la syphilis et des indications thérapeutiques qui en découlent. Nous saurons plus loin tenir compte de ce double enseignement.

TRAITEMENT PAR L'OR, L'ARGENT, LE PLATINE ET L'AIRAIN.

Fracastor et quelques médecins de son temps font mention de l'or comme d'un moyen de combattre la syphilis. A. Lecoq, Gervais Uçay, Pitcairn, et d'autres auteurs, ont proposé ou employé contre la syphilis diverses préparations de ce métal; mais c'est au docteur Chrestien (de Montpellier), qu'il appartient d'avoir fait connaître et en même temps popularisé l'emploi de cet agent dans le traitement de la vérole. L'or divisé, l'oxyde d'or, le pourpre de Cassius, le perchlorure d'or et de sodium sont les préparations expérimentées par ce médecin. Nulle saison, nul tempérament ne s'opposent à l'emploi de ces remèdes, et rarement la médication, jointe à la sobriété du régime, demande à être continuée pendant plus de deux mois. Les essais de ce médicament tentés en France et à l'étranger ne sont pas venus confirmer l'opinion avantageuse que Percy avait exprimée à l'égard de cette méthode dans un rapport à l'Académie des sciences. Pourtant le docteur Legrand, d'Amiens (8), a écrit un volume en faveur de l'or et de ses préparations. Le mercure, dit-il, ne guérit pas les maladies vénériennes, mais l'or les guérit; donc l'or est le spécifique de la syphilis. C'est évidemment exagérer les effets et fausser le mode d'action du médicament (9). Quoi qu'il en soit, on trouve dans ce livre quelques histoires de malades qui sembleraient témoigner de l'utilité des préparations auriques dans

(1) *Medicinische Studien*, Wien, 1855. — *Die Behandlung der Syphilis ohne Mercur.* Wien, 1856-1857. — *Studien über Krankheitsformen in Idria* (*Wiener med. Wochenschrift*, 1859, n°s 19, 20, 21).

(2) *Mercur und Syphilis* (*Wiener medic. Wochenschrift*, 1859, n°s 14, 15, 18, 20, 26). — Comparez : J. Keller, *Ueber die Erkrankungen in den Spiegelfabriken zu Sophienhütte Friedrichsthal*, etc. (*Wien. med. Wochenschr.* 1860, n° 38).

(3) *Wochenblatt der Zeitschrift der Wiener Aerzte*, n° 11.

(4) *Beiträge zur Lösung einiger Streitfragen in der Syphilidologie*, (*Prager Vierteljahrsch.*, t. XVI, 1850).

(5) *Mercur und Syphilis.* Berlin, 1861.

(6) *Untersuchungen über den const. Mercurialismus und sein Verhältniss z. constit. Syphilis.* Wurzburg, 1861.

(7) Voyez Follin, *Mercurialisme et Syphilis*, analyse critique dans *Archiv. gén. de médecine*, octobre 1861.

(8) Legrand, *De l'or, de son emploi dans le traitement de la syphilis.* Paris, 1836.

(9) Mayençon et Bergeret prétendent que le chlorure d'or n'est pas absorbé. (*Lyon méd.*, t. XIII.)

la médication des accidents primitifs ou même secondaires, si en réalité ces accidents ne guérissaient souvent d'eux-mêmes. Il y a lieu de croire cependant que l'or, comme tous les agents perturbateurs, n'est pas dépourvu d'efficacité dans le traitement de la syphilis.

L'exemple une fois donné, on voulut bientôt essayer tous les métaux précieux. Serres (de Montpellier) préconisa les sels d'argent et l'argent pur dont il prétendit avoir obtenu de bons résultats (1). En 1840, le docteur F. Hoefer (2) vanta contre la syphilis le roi des métaux, le platine, qui ne lui donna que des résultats douteux. Indépendamment de l'incertitude de leur action, les métaux dont nous venons de parler sont d'un prix trop élevé pour que l'on puisse songer à les employer sur une grande échelle en thérapeutique.

TRAITEMENT PAR L'ARSENIC, L'IODE ET L'IODURE DE POTASSIUM.

Nous avons dit que l'arsenic servait autrefois dans le traitement de la syphilis, où il était associé aux préparations mercurielles employées soit en lavages, soit en fumigations. Plater (3) ne se contentait pas de dissoudre du sublimé corrosif dans une très-petite quantité d'eau, il y ajoutait encore de l'arsenic. Cet agent toutefois ne cessa pas d'être regardé comme un poison; aussi ne fut-il jamais méthodiquement introduit dans la thérapeutique de la syphilis. Plus récemment il a été vanté dans des cas particuliers, nous y reviendrons.

L'iode et ses composés étaient entrés depuis peu de temps dans le domaine thérapeutique lorsqu'ils furent appliqués à la curation de la syphilis. Inspiré par la pratique de Girtanner qui donnait l'éponge brûlée dans les ulcères vénériens de la gorge, Martini, de Lubeck (4), conçut, en 1821, l'idée de substituer l'iode à l'éponge, et il en obtint de bons effets. Il cite plusieurs malades affectés d'ulcères vénériens à la gorge, et qui, après avoir été soumis sans succès à divers traitements, guérirent rapidement de leurs ulcères et de la cachexie concomitante. Dans le cours de la même année, Biett, à l'hôpital Saint-Louis, employait avec succès contre les syphilides l'iode uni au mercure. En 1824, Richond des Brus se servait, après Brera et Formey, de la teinture d'iode à l'intérieur à la dose de 20 à 40 gouttes, en frictions à la dose de 4 à 8 grammes, contre la blennorrhagie et les bubons. En 1831, Lugol publiait des observations d'accidents tertiaires guéris par les préparations iodurées seules. Ainsi se préparait l'avénement d'un nouvel agent antisyphilitique.

Wallace (de Dublin) a le mérite d'avoir le premier employé l'iodure de potassium, d'en avoir fixé les doses, spécifié les indications, et par cela même d'avoir définitivement introduit l'iode dans la thérapeutique de la syphilis, en plaçant ce médicament presque sur le même niveau que le mercure. Il commença ses expériences en 1832, et il en donna les résultats sous forme de

(1) *Mémoire sur l'emploi des préparations d'argent dans le traitement des maladies vénériennes*. Paris, 1836.

(2) Hoefer, *Gaz. méd. de Paris*, 25 novembre 1840.

(3) Voyez le tome III de sa *Pratique*, liv. Ier, chap. XIV. — Astruc, *loc. cit.*, t. II.

(4) *Hufeland's Journal*, avril 1833. — Coindet avait déjà proposé (1820) l'iodure de mercure pour combattre les affections vénériennes compliquées de scrofules.

leçons quatre ans plus tard (1). Cent trente-neuf malades furent traités avec succès, dont six affectés d'iritis, six d'affections du testicule, dix de maladies diverses des os et des articulations, quatre-vingt-dix-sept de syphilides cutanées, vingt de lésions de la membrane muqueuse de la bouche, du nez, de la gorge; enfin, trois femmes enceintes furent également soumises au même traitement dans le but de préserver le fœtus de l'infection syphilitique. La préparation employée, *mixtura hydriodatis potassæ*, contenait 8 grammes d'iodure de potassium pour 250 grammes d'eau distillée. Les adultes prenaient de cette mixture une cuillerée à bouche quatre fois par jour, soit 60 grammes, c'est-à-dire 2 grammes d'iodure de potassium. Les succès obtenus par Wallace ne tardèrent pas à éveiller l'attention des médecins. En Angleterre, Judd (2), A. Saville (3), Winslow (4), Bullock (5), R. Williams (6); en France, Trousseau (7), Ricord (8), Payan (9), Gauthier (10), Boys de Loury et Costilhes (11); en Italie, Brera, Sperino, Riberi et Gasca (12), Pellizzari (13); en Allemagne, Gusman (14), essayèrent l'emploi de l'iodure de potassium et en constatèrent les bons effets. Ricord reconnut que les accidents tertiaires étaient plus heureusement influencés par cet agent que les accidents secondaires. Les accidents profonds de la peau et des membranes muqueuses, les tumeurs gommeuses du tissu cellulaire et les lésions osseuses sont les manifestations qui lui parurent céder le plus facilement à l'emploi de l'iodure de potassium. Trousseau, Sperino, Payan, Gauthier, Bazin, plusieurs autres expérimentateurs et nous-même avons été conduits à admettre cette influence plus spéciale. D'un autre côté, on est arrivé à reconnaître qu'il est possible d'administrer, en les graduant, des doses de ce médicament plus élevées que celles dont Wallace faisait d'abord usage. Peu à peu on administra de 1 à 4 et même 6 grammes de cet agent par jour; on éleva même cette dose, mais sans augmentation proportionnelle de son influence thérapeutique.

(1) Voyez *The Lancet*, mars 1836. On trouve la première de ces leçons dans le *Journal des connaissances médico-chirurg.*, t. IV, p. 157.

(2) Judd, *A practical Treatise on Urethritis and Syphilis*, 1836, in-8°.

(3) A. Saville, *London med. Gazette*, août 1835.

(4) Winslow, *London med. Gazette*, décembre 1835.

(5) Bullock, *The Edinburg med. and surg. Journal*, janv. 1837.

(6) Williams, dans *Syphilidologie* de Behrend, t. II, p. 316, 331.

(7) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, t. I, p. 267, 5e édit. Paris.

(8) Ricord, *Bulletin général de thérapeutique*, t. XII, 1837, p. 241, et *Gazette des hôpitaux*, 1839.

(9) *Essai thérapeutique sur l'iode, ou Application de la médec. iodée ou iodurée.* Bruxelles, 1850, et *De l'emploi de l'iodure de potassium*, etc. Paris, 1847.

(10) *Observat. pratiques sur le traitement des maladies syphilit. par l'iodure de potassium.* Lyon, 1845.

(11) *Des différents agents thérapeut. employés à Saint-Lazare contre les malad. syphilit. et de leur appréciation* (*Gaz. méd. de Paris*, 1847, p. 418).

(12) Gasca, *Giornale delle scienze mediche*, 1847.

(13) Pellizzari, *Gazetta tascana delle scienze medico fisiche*, 1845.

(14) Gusman, *Medicin. Jahrb. des Œsterr. Staates*, 1843. — Comparez : Ebers (de Breslau), *Medicin. Zeitung*, 1836. — Hanck et Kluge, journ. *L'Expérience*, juillet 1844. — Oct. Hocken, *De la valeur comparative des préparations de mercure et d'iode dans le traitement de la syphilis* (*Ann. des malad. de la peau*, t. I, p. 344, et *Gaz. méd. de Paris*, 27 juillet 1844). — Esparbès, *De l'emploi de l'iodure de potassium contre la syphilis.* Thèse de Strasbourg, 1859. — Evrain, *De l'iodure de potassium dans tous les âges de la syphilis.* Thèse de Paris, 1861.

Malgré des attaques déterminées le plus souvent par des changements de doctrine, une expérience de trois siècles a consacré, ainsi que nous le savons, l'utilité du mercure dans la thérapeutique de la syphilis, quand la plupart des autres méthodes employées pour combattre cette maladie sont tour à tour tombées dans un oubli presque complet. L'iodure de potassium, dont l'emploi date d'hier, n'a pas eu à subir les mêmes vicissitudes ; ses heureux effets sont si généralement reconnus, qu'on ne peut aujourd'hui lui refuser, dans le traitement de la syphilis, une place à côté du mercure. Ainsi deux substances, l'iode et le mercure, sont incontestablement les agents les plus propres à opposer aujourd'hui aux ravages de la syphilis.

Il serait superflu d'insister plus longuement sur les méthodes de traitement employées jusqu'ici dans le but de combattre la syphilis ; ce que nous en avons dit est plus que suffisant pour donner un aperçu de la multiplicité des médications employées et faire connaître les phases diverses qu'a traversées la thérapeutique syphilitique. Je ferai remarquer, en terminant, que l'esprit de système a toujours eu la plus fâcheuse influence sur la manière de traiter la syphilis. Il importe donc de reconnaître que cette maladie, comme toutes celles qui attaquent l'espèce humaine, réclame expectation ou action, suivant les indications. Il nous reste à rechercher ces indications dans la syphilis acquise et dans la syphilis héréditaire.

§ 2. — Traitement de la syphilis acquise.

Pour juger sainement de l'influence du traitement sur une maladie quelconque, une première condition est absolument nécessaire, c'est la connaissance de la marche naturelle de cette maladie : si cette connaissance fait défaut, le point de comparaison manque, le jugement est impossible, et on attribue aux bienfaits d'un traitement ce qui souvent est le fait de l'évolution spontanée. Dans les conditions où nous observons, il est assez rare de voir le développement naturel de la syphilis, car si nos malades ne se traitent pas eux-mêmes, ils demandent à être traités, et le médecin n'ose prendre sur lui la responsabilité d'abandonner à elle-même une maladie qui, en somme, n'est pas sans danger. Mais il est des contrées où les choses se passent autrement, et pour bien connaître la marche naturelle de la syphilis, le mieux est de l'étudier chez les peuples non civilisés. Johnston (1) écrit au sujet des Brésiliens : « La plupart des individus (hommes et femmes) sont atteints d'affections vénériennes ; mais ils n'ont recours à aucun médecin pour pallier ces accidents. Le seul homme qui s'occupe de les soigner est un prêtre irlandais qui n'a d'autres médicaments que deux ou trois simples. C'est avec ces plantes, dont l'action est secondée par la salubrité de l'air et par une diète légère, que les habitants triomphent de la maladie, et s'il en est peu qui échappent aux ennuis d'un écoulement ou d'une éruption, il n'en est pas un, du moins, qui soit précipité dans cet abîme de maux dans lequel le mercure a déjà plongé tant de victimes. » Livingstone nous apprend (2) que, dans le centre de l'Afrique méridionale, la syphilis guérit

(1) *Histoire générale des Pirates*. Londres, 1725.
(2) Voyez p. 47 de ce livre.

d'elle-même. Lesson rapporte que la syphilis ne fait point de ravages dans les îles de la Société et notamment à Taïti. Le régime essentiellement doux des habitants, qui ne vivent que de fruits et ne boivent que des émulsions de coco, la fréquence des bains, la température élevée du climat, l'indolence qui, chez eux, s'oppose à la fatigue, la racine d'ava qui les enivre et les fait suer abondamment, en sont, dit ce médecin-voyageur, la médication la plus active et la plus efficace. En Égypte, la syphilis guérit aussi très-facilement sous l'influence d'un régime un peu sévère (1), ou par des remèdes fort simples, comme l'affirment Sonnini et Bruce. Cela se pratiquait ainsi jadis en Numidie, au rapport de Léon l'Africain. Mais je n'insisterai pas sur ces témoignages, et je passerai à un genre de preuves non moins important que donne l'historique même des méthodes thérapeutiques employées pour combattre la syphilis. Les nombreux malades traités par les bois sudorifiques, par l'opium, etc., et qui ont guéri, doivent évidemment leur guérison autant aux efforts de la nature qu'à l'influence du traitement, qui a tout au plus joué le rôle d'adjuvant; et, bien qu'il y ait lieu de croire qu'un grand nombre des cures attribuées par les médecins anglais à la médication non mercurielle aient été relatives à des chancres mous plutôt qu'à des chancres durs et à la syphilis constitutionnelle, il est du moins fort admissible que la syphilis vraie n'a pas été étrangère à tous ces cas. Ainsi, la marche naturelle de la syphilis dans certaines contrées, les méthodes thérapeutiques antérieurement employées, l'observation journalière (2), montrent que la syphilis est susceptible de guérison spontanée, de sorte qu'un organisme modifié par le virus syphilitique peut, avec le temps, revenir à son type primitif et normal, sans qu'il soit toujours nécessaire de faire intervenir une médication active et des agents particuliers. La syphilis, à ce point de vue, ne diffère ni de la variole, ni de la fièvre typhoïde, ni du rhumatisme, ni de toute autre maladie, et le rôle du médecin appelé à la traiter consiste uniquement à venir en aide aux efforts de la nature et à favoriser la tendance à la guérison. Dans ces conditions, il est clair que la thérapeutique générale de la syphilis doit être expectative, c'est-à-dire que le médecin ne peut agir en vue d'idées théoriques, mais seulement lorsqu'il existe des indications formelles. Suivre la syphilis dans ses différentes phases et dans ses différents siéges, c'est le seul moyen de répondre à toutes les indications que présente cette maladie si longue et si variée.

PÉRIODE D'INCUBATION ET D'ÉRUPTION LOCALE.

Le médecin n'est pas appelé à traiter la syphilis à la période d'incubation; mais cependant on peut se demander si déjà à ce moment il n'y aurait pas, en cas de doute, quelque chose à faire. Le virus syphilitique étant considéré comme un poison, quelques auteurs ont cru à la possibilité de le combattre

(1) Voyez p. 51 de ce livre, et *Gaz. méd. de Paris*, année 1839, p. 394, *Sur le traitement de la syphilis en Égypte*, par Clot-Bey.

(2) Diday (*Histoire naturelle de la syphilis*, 1863, p. 156) compte dix-huit syphilitiques guéris sans mercure et dont la guérison remonte à trois ans et demi et au delà.

directement dans le sang. Pour moi, dit Swediaur (1), il est vraisemblable que les remèdes mercuriels entrent dans la masse des humeurs, se mêlent avec le virus, et exercent sur lui une action chimique directe, par laquelle sa nature et ses effets sont détruits. Cette théorie, pendant longtemps acceptée, régnait encore naguère (2), et même aujourd'hui elle compte des partisans. Partout on entend répéter que le mercure neutralise le virus syphilitique, on en est à chercher le contre-poison de la syphilis comme celui du choléra et bien d'autres. C'est là le résultat d'une fausse éducation médicale, et je pense, avec Graves (3), que la syphilis et le mercure ne sont point, comme un acide et un alcali, deux forces opposées dont l'existence simultanée est impossible. Évidemment, on ne peut contester qu'une substance toxique, quelle qu'elle soit, ne puisse être neutralisée sur place ; mais une fois qu'elle est absorbée, il n'est pas moins incontestable qu'il n'y a plus qu'un moyen de combattre ses effets ou de s'opposer à leur manifestation, c'est de produire des effets physiologiques capables de rétablir la fonction primitivement troublée. Or, dans l'espèce, le mercure, regardé comme un agent spécifique par les partisans de la neutralisation des poisons, est aussi incapable de modifier ou d'annihiler le virus syphilitique pendant la période d'incubation, qu'il sera plus tard incapable de prévenir les accidents secondaires ou tertiaires (4). Par conséquent, pas d'hésitation, abstention complète de toute médication mercurielle pendant le cours de l'incubation syphilitique, pas de traitement général préventif.

Doit-il en être ainsi de tout traitement local ? On pourrait le croire, si l'on basait sa règle de conduite uniquement sur l'analogie, car on sait qu'une cautérisation même énergique, pratiquée immédiatement après l'inoculation de la vaccine, de la variole ou de la clavelée, n'arrête en aucune façon le développement de ces maladies. Toutefois, le succès des inoculations successives faites par Wallace, Puche, Lindwurm, démontre que l'immunité résultant de l'infection de l'organisme par le virus syphilitique n'est pas immédiate, qu'elle ne se produit qu'après un certain temps, comme si ce virus était tout d'abord renfermé dans un cercle plus ou moins étroit. Sur ce point, du reste, l'observation clinique semble conforme à l'expérimentation. Sigmund (5) a établi, sinon d'une façon rigoureuse, au moins avec une grande probabilité, que le virus syphilitique reste local pendant un espace de temps qui varie de un à plusieurs jours, et qui est moins long que la période d'incubation de l'accident primitif. Sur 57 cas de contagion probable de la syphilis chez des individus qui avaient mis une partie excoriée en contact avec de la matière syphilitique (médecins, accoucheuses, nourrices, etc.), 35 furent traités par la cautérisation

(1) Swediaur, *Traité complet des maiad. vénér.* Paris, 1801, p. 79.

(2) Consultez *Journ. de la section de méd. de la Société académique de la Loire-Inférieure*, et *Gaz. méd.*, 1836, p. 87.

(3) *Clinic. méd.*, trad. fr. de Jaccoud, 2e édit., t. II, p. 634.

(4) Croussillard (thèse de Strasbourg, 1863) cite, d'après plusieurs auteurs, des faits de syphilis secondaire survenue malgré l'emploi des moyens thérapeutiques dits spécifiques.

(5) Sigmund, *Ueber die Behandlung der ersten Merkmale und Erscheinungen der Syphilis.* Wien. med. Wochenschrift, XVII, 43, 44, 46, 53, 1867, et *Gaz. hebdom.*, p. 451, 1867.

du point contaminé, 22 furent abandonnés à eux-mêmes. Des 35 malades cautérisés du premier au dixième jour de la contamination, 10 devinrent syphilitiques, soit environ 22 pour 100. Des 22 malades abandonnés à un traitement indifférent, 11 furent atteints de syphilis, soit 50 pour 100. Cette différence considérable entre les deux résultats, et tout à l'avantage du traitement par la cautérisation, est bien plus significative si l'on ne tient compte que des cas où la cautérisation a été précoce. Parmi les 35 individus cautérisés, 24 le furent du premier au troisième jour; la syphilis ne se développa que chez 3, soit 12 pour 100, tandis que des 11 autres qui furent cautérisés du cinquième au dixième jour, 7 devinrent syphilitiques, soit 63 pour 100, ce qui tendrait à établir au moins que la cautérisation cesse d'être utile quand la contamination remonte à plus de quatre jours. Pratiquée, au contraire, dans les trois premiers jours qui suivent le contact suspect, elle paraît avoir des avantages réels, et, sans assurer une immunité absolue, elle semble offrir des chances de salut quatre ou cinq fois plus que l'inaction. Cette cautérisation préventive a été faite de manière à détruire non-seulement la surface par laquelle a pu se faire la contamination, mais encore le tissu ambiant. Les caustiques employés de préférence ont été la pâte de Vienne, la solution alcoolique de sublimé et le sulfate de cuivre. La pâte de Vienne a donné 86 préservations sur 100, le sulfate de cuivre 66 et le sublimé 57. Pendant que l'eschare se détache, et après sa chute, Sigmund recommande les lavages et les pansements avec la solution concentrée de chlorure de chaux.

L'accident primitif s'est révélé, la syphilis existe à n'en plus douter; doit-on dès lors commencer un traitement général (1)? Faut-il différer ce traitement jusqu'à l'apparition des accidents constitutionnels? Pour moi, répond Ricord (2), une induration bien nettement formulée me suffit pour prescrire le traitement général, et, du premier jour où je puis la constater, j'attaque de front la diathèse. Contre le chancre induré, le chancre huntérien, écrit Diday (3), donnez le mercure (de préférence le proto-iodure); contre l'érosion chanériforme, pas de traitement interne. Baerensprung (4), au contraire, repousse formellement les préparations mercurielles, il recommande contre le chancre induré les dérivatifs et les sudorifiques, particulièrement les bains russes. Dans ces conditions, la guérison des chancres se fait attendre plus longtemps, et les rechutes sont plus fréquentes; mais elles n'ont lieu que dans les premiers mois qui suivent l'infection, au plus tard au quatrième mois, et elles se bornent à quelques syphilides superficielles de la peau et des muqueuses. Jamais le syphiligraphe de Berlin n'a observé de syphilis tertiaire chez des malades traités par lui et qui s'étaient abstenus de l'usage des mercuriaux.

(1) Dans le cas où un diagnostic ne peut être sûrement porté, il est clair que tout médecin consciencieux doit s'abstenir d'un traitement général. Si le moindre doute reste dans votre esprit, dit Ricord, je vous adjure de différer toute médication spécifique et de savoir attendre.

(2) *Leçons sur le chancre*, par A. Fournier. 2e édit., p. 298.

(3) *Histoire naturelle de la syphilis*. Paris, 1863, p. 189.

(4) *Exposé de la doctrine de M. le professeur V. Baerensprung (de Berlin) relativement à l'origine et au traitement de la syphilis*, par J.-F. Van der Donckt (*Archiv. médic. belges*, analyse dans *Gaz. méd. de Paris*, 1865, p. 587).

Mon observation personnelle concorde avec celle du médecin allemand. Mes malades, en général uniquement soumis, pendant la période du chancre, à une hygiène sévère et à un régime légèrement tonique, me présentent quelquefois des accidents secondaires, la roséole surtout, mais très-rarement des accidents tertiaires. D'ailleurs, que peut-on attendre du traitement mercuriel à cette période de la syphilis? Va-t-il prévenir les accidents secondaires? En aucune façon, Martins, Bassereau, Leudet, H. Lee, Bazin, Gibert, s'accordent à admettre, d'après une observation rigoureuse, que les mercuriaux employés dans la curation des symptômes primitifs ne préservent pas des manifestations secondaires, et qu'ils servent au plus à en retarder l'apparition. Des faits nombreux, consignés par Diday dans son dernier ouvrage, témoignent, d'autre part, de l'impuissance du mercure en tant que préventif des accidents généraux. Un premier point peut être établi : le mercure ne s'oppose pas à la manifestation des accidents secondaires, conséquemment il n'attaque pas la diathèse comme le prétend Ricord, et, à ce point de vue, il est inutile, sinon nuisible. Relativement à l'action du mercure sur l'accident primitif, Baerensprung observe que la durée du chancre est plus longue lorsqu'on n'a pas recours aux préparations mercurielles; les faits sur lesquels il base son opinion tendent à faire supposer que cet agent favorise la résorption de l'induration. Ainsi, le traitement mercuriel convient à la période d'éruption locale, quand un chancre fortement induré tarde à se résoudre : le mercure alors peut jouer le rôle d'un adjuvant utile et d'autant plus nécessaire, que le système ganglionnaire lymphatique est plus profondément atteint. Dans tout autre cas, les soins de propreté suffisent le plus souvent à la thérapeutique du chancre infectant, c'est-à-dire les lavages avec le vin aromatique ou l'alcool mêlé d'une quantité variable d'eau, ou encore avec l'alcoolé de guaco (1), et le pansement avec une pommade au calomel (2), ou simplement avec de la charpie sèche.

Donc, sans vouloir proscrire absolument le mercure du traitement de l'accident primitif, je ne puis approuver la routine dangereuse de certains spécialistes qui ne manquent jamais, en présence de cet accident, de faire intervenir un traitement mercuriel qu'ils continuent pendant un temps plus ou moins long, souvent au préjudice du malade, qu'ils débilitent s'ils ne le rendent réfractaire aux effets d'un remède qui plus tard pourrait leur rendre de grands services. Quant à croire que ce médicament est capable de faire avorter la syphilis, c'est une illusion que peuvent avoir ceux-là seulement qui ignorent l'évolution naturelle de cette maladie. Mais si le mercure est un agent qui ne doit être employé qu'à des moments opportuns, l'hygiène, au contraire, est de tous les instants, et jamais plus qu'au début de la syphilis il n'est avantageux d'en suivre les règles sévères, car c'est à la soumission plus ou moins for-

(1) Voyez Pascal, *Du guaco et de ses effets curatifs dans diverses formes du mal vénérien.* Paris, 1860.

(2) En pareil cas, Ricord prescrit la pommade suivante :

Cérat opiacé.....	30	grammes.
Poudre de calomel.....	1	—

Mêlez. — Trois pansements par jour.

melle à ces règles que sont généralement subordonnés le degré de gravité et la guérison plus ou moins rapide de la maladie.

La cautérisation pratiquée, comme le faisait Ricord, au début du chancre est chose superflue et inutile dès l'instant que cet accident est la première expression phénoménale de la modification de l'organisme. Si cette méthode a pu enregistrer quelques succès, c'est évidemment parce qu'elle a été employée à la fois contre le chancre mou et le chancre infectant, à une époque où la distinction de ces deux espèces n'était pas encore connue (1). L'expérience a, du reste, parlé sur ce point. J. L. Petit, qui dès le début de sa pratique se mit à exciser les chancres indurés préputiaux, finit par renoncer plus tard à cette opération qu'il jugea inutile. Plus récemment, Diday (2) ne réussit pas à empêcher l'infection constitutionnelle, malgré la destruction, à l'aide des pâtes carbo-sulfurique ou de chlorure de zinc, de chancres qui avaient moins de trois jours de durée ou seulement vingt-quatre heures. Ainsi, la méthode abortive dirigée contre l'accident syphilitique primitif est tout au moins inutile.

Les ferrugineux, les toniques, et même l'hydrothérapie, sont des moyens que réclame le plus souvent l'état général du malade, et que rendent indispensables certaines complications, telles que le phagédénisme, qui est l'indice d'une tendance fâcheuse du mal que les anciens désignaient par le mot malignité. Dans ce cas, un traitement local devient nécessaire; la cautérisation, voilà la barrière la plus sûre à opposer au phagédénisme. Ricord donne la préférence à la pâte sulfo-carbonique, et si les chancres sont très-vastes il conseille d'avoir recours au chloroforme pour amoindrir les douleurs de l'opération. Rollet se sert plutôt du fer rougi à blanc ou de la pâte au chlorure de zinc, avec les précautions que nous indiquerons plus loin. Dans certains cas pourtant, de simples pansements avec une solution de tartrate ferrico-potassique (3) et le fer pris à l'intérieur sont des moyens qui parviennent à triompher du mal. Ajoutons que l'alcool camphré et surtout l'iodoforme (4) ont pu être employés avec succès contre cette complication.

En cas de complication inflammatoire, le repos, les bains, les cataplasmes émollients, trouveront leur application. Ces moyens serviront encore à combattre le phimosis et le paraphimosis; mais si le prépuce ou une portion du gland menaçaient de tomber en sphacèle, on comprend qu'il ne faudrait pas hésiter à pratiquer une opération qui n'a pas ici, comme dans le chancre mou, l'inconvénient de réinoculer l'accident vénérien. Rien n'est plus simple, en effet, que d'enlever l'extrémité du prépuce et le chancre qui s'y est fixé.

Le chancre mou ou chancre vénérien, dont l'action est toute locale, n'exige qu'un traitement local; mais ce traitement est de la plus grande

(1) On consultera avec fruit, sur le traitement de la syphilis, une discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie en 1867, et à laquelle ont pris part un grand nombre des membres de cette société, MM. Dolbeau, Desprès, Alp. Guérin, Depaul, Verneuil, Maurice Perrin, etc.

(2) Voyez *Gaz. méd. de Lyon* et *Gaz. méd. de Paris*, 1860, p. 333.

(3) Ricord prescrit la liqueur suivante :

℞ Eau distillée	250	grammes.
Tartrate ferrico-potassique	30	—

Prendre chaque jour trois cuillerées à bouche.

Panser trois fois par jour avec la charpie imbibée de ce liquide.

(4) Voyez A. Renault (*Union méd.*, n° 41, 1872).

importance en raison des complications fréquentes de cet accident et de sa fâcheuse disposition à s'étendre et à se multiplier. Hunter a saisi nettement l'indication à remplir quand il dit que la méthode la plus simple de traiter un chancre (1) consiste à le détruire ou à l'extirper. De cette manière, on le réduit à l'état d'ulcère ou de plaie simple, et il se cicatrise comme tout ulcère ou plaie de cette nature. Réduire l'ulcération spécifique à l'état d'un ulcère simple, transformer une plaie possédant la cause spéciale d'entretien en une plaie qui n'a plus sa raison d'être, tel est, en d'autres termes, le but auquel doit tendre le traitement. La cautérisation, pourvu qu'elle soit suffisamment profonde, atteint merveilleusement ce but; elle se pratique avec différentes substances, la potasse, l'acide nitrique, et de préférence avec le caustique carbo-sulfurique (Ricord) ou la pate au chlorure de zinc (Rollet, Diday) (2). Après avoir abstergé les parties malades, Rollet applique à leur surface des rondelles de caustique, de façon à les recouvrir exactement sans les dépasser. Ces rondelles sont assujetties avec de la charpie, des bandelettes de diachylon ou des bandes, suivant les régions; elles restent en place pendant une ou plusieurs heures, selon la profondeur de la lésion et les effets que l'on veut obtenir. L'eschare se détache presque toujours le troisième jour, la plaie qui lui succède est d'ordinaire recouverte d'un enduit pseudo-membraneux pouvant faire croire qu'elle est encore virulente, si un examen attentif ne venait montrer que les bords sont de niveau avec le fond et que toute la surface s'élève et se répare au lieu de se creuser par l'ulcération. Les avantages du caustique au chlorure de zinc sont de ne déterminer que des douleurs de peu d'intensité et de ne pas exposer aux hémorrhagies.

Un moyen beaucoup plus simple de traiter le chancre vénérien est fourni par l'emploi de l'iodoforme. Cette substance, dont l'usage est récent, peut être regardée en quelque sorte comme le spécifique de ce chancre, dont elle favorise la cicatrisation et amène sûrement la guérison sans occasionner la moindre douleur. Je possède plusieurs faits qui ne laissent aucun doute à cet égard. Le chancre, saupoudré avec la poudre fine d'iodoforme, cesse de s'étendre, puis au bout de quelques jours la couche grisâtre qui le recouvre disparait, des bourgeons charnus apparaissent, la plaie spécifique est transformée en une plaie simple qui ne tarde pas à se cicatriser. L'iodoforme détruit, sans aucun doute, les germes ou organismes qui constituent et entretiennent le chancre vénérien.

Tandis qu'un traitement général suffit pour combattre les adénopathies du chancre syphilitique, dont la suppuration est exceptionnelle, un traitement local est presque toujours nécessaire contre les bubons du chancre mou. Ce traitement varie toutefois suivant la période d'évolution de ces accidents. Au début, tant qu'il n'existe aucune suppuration, repos, cataplasmes émollients, bains, ponctions résolutives à l'aide de pommades mercurielles ou iodurées, tels sont les moyens indiqués. Les badigeonnages avec la teinture

(1) Hunter ne fait ici aucune distinction entre le chancre mou et le chancre syphilitique.

(2) Consultez : Rollet, *Gaz. méd. de Lyon*, 15 décembre 1857. — Diday, même journal, 1858, n°s 2 et 4. — Dron, *De la méthode destructive des chancres* (*Annales de la syphilis*, 1858). — Debauge, Thèse de Paris, 1858. — Friant, *Mém. de méd. et de chirurg. milit.*, p. 424, nov. 1867.

d'iode ont l'inconvénient d'exciter une vive douleur. Les vésicatoires, employés comme moyens abortifs, ont quelquefois réussi; les sangsues, prescrites dans le même but, ont le grave inconvénient, quand le bubon suppuré vient à s'ouvrir, de pouvoir servir à son inoculation, si les piqûres qu'elles ont produites ne sont pas encore cicatrisées. Les incisions prématurées, conseillées dans le but d'éviter des décollements de la peau, sont en général intempestives; mais lorsque la suppuration a lieu et que le bubon menace de s'ouvrir, il ne faut pas hésiter à donner issue au pus. Une seule incision pratiquée à l'aide du bistouri est préférable au caustique. L'emploi du séton filiforme, tel que le recommande Bonnafont, n'est pas à repousser. Remarquons que ces méthodes de traitement ont l'avantage de convenir au bubon virulent comme au bubon sympathique, dont le diagnostic, ainsi que nous l'avons dit, est toujours entouré des plus grandes difficultés (1).

Après l'incision, le bubon ulcéré et transformé en plaie virulente réclame les mêmes soins que le chancre mou; l'iodoforme nous a toujours donné alors des résultats merveilleux.

PÉRIODE D'ÉRUPTION GÉNÉRALE OU DES ACCIDENTS SECONDAIRES.

Traitement spécial. — Dans cette période de la syphilis, comme dans les phases précédentes, le traitement ne peut être l'effet d'un empirisme grossier consistant à traiter de la même façon et par le même remède tous les syphilitiques. Pour être efficace et avantageux, il doit reposer sur des indications sérieuses. Cherchons à préciser ces indications d'après quelques types. Les déterminations locales, bien qu'imminentes, n'ont pas encore paru; le malade n'en est qu'aux prodromes : accablé par une céphalée violente, il éprouve une lassitude générale, des douleurs vagues et un abattement moral qui indiquent l'irruption prochaine du mal. Doit-on commencer la médication mercurielle? Nullement, répond Diday, dont nous partageons sur ce point la manière de voir. Suspendez plutôt tout traitement mercuriel déjà prescrit, et, ne tenant que médiocrement compte de l'état spécifique, demandez vos médications aux principaux symptômes. Administrez un purgatif doux, si l'état saburral prédomine, et plus tard donnez des ferrugineux dans le cas de chloro-anémie manifeste. Joints à la tranquillité, au repos, à l'usage de quelques bains et à de petites doses d'opium, ces moyens parviendront le plus souvent à atténuer, sinon à combattre le mal. Autrement, il resterait à recourir à l'iodure de potassium ou de sodium à la dose quotidienne de 1 à 2 grammes par jour.

Une première poussée éruptive fait invasion, le malade prend du mercure; continuez l'emploi de cet agent, à moins qu'il ne soit mal supporté. Le malade est-il exempt de toute médication, la réponse n'est pas moins précise, selon Diday : A roséole... expectation..... A syphilide vésiculeuse, squa-

(1) Consultez : Bonnafont, *Mém. de méd. et de chir. milit.*, 1854, 2e série, t. XIII, p. 337, et *Gaz. méd.*, 1856, p. 794 et 818. — Broca, *Traitem. abortif des bubons vénér. suppurés* (*Gaz. méd.*, 1856, p. 579). — Reboul, *Des adénites vénériennes.* Thèse de Paris, 1857. — Eiber, *Behandlung eiternder Bubonen nach* Lebert (*Wien. med. Wochenschrift*, n° 38, 1860). — Weisflog, *Ueber die Broca'sche Behandlung Methode der eiternden Bubonen* (*Schweiz Monatsschr.*, n° 12, 1860). — A. Guérin et P. Picard, *Sur le traitement des bubons* (*Bullet. génér. de thérapeutique*, t. LV, juin 1861). — Nelter, *Gaz. méd.*, 1862, 74.

meuse, pustuleuse... mercure..... A syphilide papuleuse... expectation.....; mais surveillance. Pour nous, partisan de l'expectation en fait de syphilis, cette manière d'agir serait très-séduisante, s'il était sûrement prouvé que les syphilides rubéolique et papuleuse fussent toujours l'indice d'une forme réellement bénigne. Mais une preuve certaine faisant défaut, comme en l'absence d'un traitement spécifique ces manifestations peuvent avoir une durée fort longue, nous sommes d'avis que tout exanthème nettement syphilitique réclame l'emploi du mercure. De la même façon, les éruptions éxanthématiques, les affections secondaires des yeux, des articulations, etc., réclament l'emploi des préparations mercurielles. Conséquemment, la présence d'une lésion secondaire indiquerait l'usage du mercure, sauf certains cas exceptionnels dont il sera parlé plus loin.

En l'absence de ces manifestations, pas d'indication, pas de traitement, la médication mercurielle ne pouvant, nous le savons, préserver des accidents ultérieurs. Un certain nombre de spécialistes ne sont pas de cet avis, et il leur suffit qu'un chancre soit venu révéler l'existence de la syphilis pour qu'ils se croient obligés d'administrer le mercure pendant plusieurs mois, quelquefois même pendant des années. Méconnaissant l'évolution naturelle de cette maladie, peu versés dans l'étude de la pathologie générale, ils n'hésitent pas à admettre la nécessité de cet agent à l'aide duquel ils prétendent combattre la diathèse, sans s'apercevoir qu'ils se payent simplement d'un mot et que, loin de s'opposer à la marche ultérieure de la maladie, ils conduisent le malade à l'anémie ou à l'obésité. Aussi n'est-il pas rare de rencontrer, à côté de ces mercurialisateurs acharnés, des médecins, toujours spécialistes et d'une opinion diamétralement opposée, proscrivant le mercure en toute circonstance. Je n'insisterai pas sur cette manière d'agir, aussi peu rationnelle que la première, mais je tenais à montrer cette divergence d'opinions, afin que l'on ne s'avise jamais de séparer l'étude de la syphilis de celle des autres maladies, et que l'on n'oublie pas que le traitement de cette affection repose sur des indications formelles. Ces indications une fois reconnues, quelle méthode doit être préférée? le mercure sera-t-il employé à l'extérieur ou à l'intérieur?

Plus haut, nous avons fait connaître la méthode des lotions et celle des fumigations mercurielles, aujourd'hui justement tombées en désuétude. Ces méthodes ne peuvent nous arrêter; mais il n'en est pas de même de la méthode des frictions, qui n'a pas cessé d'être en vogue en Allemagne, et qui mérite incontestablement la préférence quand à la syphilis s'ajoutent des désordres des voies gastriques rendant impossible l'usage interne des mercuriaux.

Cette méthode doit être modifiée suivant la région où se trouve appliqué l'agent médicamenteux. Peyrilhe faisait pratiquer les frictions à la surface du gland, et Cirillo à la plante des pieds. Clare frictionnait, plusieurs fois par jour, la face interne des joues, aux environs du canal de Sténon, avec 2 à 5 centigrammes de calomel. Baerensprung (1) et Sigmund, les deux principaux syphiligraphes allemands qui accordent aux onctions mercurielles la prééminence sur toute autre médication par le mercure, usent d'un procédé

(1) *Annalen des Charite-Krankenhauses*, 1858, vol. VII, p. 2.

peu différent. Appliquée par Sigmund (1), cette méthode comprend trois temps : la préparation des malades, les frictions et le traitement après les frictions. La préparation des malades dure de six à dix jours. On cherche à régulariser le régime, à écarter ou à modifier diverses affections, comme les fièvres, les diarrhées et surtout les affections des gencives. On rend la peau plus souple par l'emploi de bains dont la température varie de 24 à 27° Réaumur. Les frictions sont faites sur les deux jambes, les deux cuisses, les faces antérieures de la poitrine et du ventre, sur le dos et sur les bras. Chaque friction dure au moins vingt minutes. Elle doit être pratiquée le soir avant le coucher, et l'on enveloppe ensuite les parties frictionnées dans des draps de toile ou de coton. Le changement de linge après chaque friction est nécessaire. La dose d'onguent mercuriel employé dépasse 1 gramme par jour. Le nombre des frictions varie de vingt à trente. Les malades doivent garder le lit pendant dix-huit heures et peu manger ; mais dans l'alimentation il faut toujours tenir compte des complications anémiques qui contre-indiquent la diète. En même temps on devra prescrire des gargarismes au sublimé, à l'alun, à la teinture d'iode, suivant qu'il y a ou non ulcération de la muqueuse buccale ou pharyngée. On suspend les frictions pendant la période menstruelle ; il n'en est pas de même pendant la grossesse, et Sigmund pense qu'appliquées de bonne heure elles peuvent prévenir l'infection du fœtus. Chez les femmes en couches on attend pendant deux ou trois semaines avant de commencer les frictions, jusqu'à ce que l'anémie qui suit en général l'accouchement ait disparu. Les frictions faites chez des nourrices ne paraissent pas avoir d'influence sur la syphilis des enfants qu'elles allaitent ; aussi sont-elles en même temps employées chez ces enfants. La cicatrisation des blessés et des opérés n'est pas retardée par ce mode de traitement. En même temps qu'on prescrit les frictions, on peut donner des médicaments internes : les décoctions de Zittmann, de Pollini, les diurétiques, les narcotiques, diverses préparations iodées, ferrugineuses, les amers, l'huile de foie de morue. La saison la plus favorable pour l'emploi de cette médication est le printemps et la première moitié de l'été.

Après la dernière friction, les malades prennent un bain de savon (25 à 27° R.) d'une demi-heure. On les fait encore rester pendant plusieurs jours au lit et l'on cherche à provoquer la transpiration. L'alimentation est peu à peu augmentée. Ce traitement n'est pas exempt de tout accident ; on observe des inflammations cutanées et des eczémas rarement assez intenses pour obliger à le suspendre. La salivation est un accident plus sérieux que l'on ne doit en aucune façon chercher à obtenir ainsi qu'on le faisait autrefois. Peu souvent, du reste, cette salivation est assez abondante pour que l'on doive cesser l'emploi des frictions. Sigmund a été plusieurs fois dans la nécessité de suspendre la médication à cause de l'existence de sueurs abondantes, de diarrhées rebelles, de congestions cérébrales ou pulmonaires, d'hémorrhagies par les fosses nasales, par l'anus, par l'utérus, d'attaques épileptiques, d'insomnies opiniâtres.

Les bains qui contiennent du mercure en dissolution constituent une méthode toujours très-infidèle à cause de la difficulté où l'on est de savoir, même

(1) *Die Einreibungscur mit grauer Salbe bei Syphilisformen*, Wien. 1859, et *Wien. med. Wochenschr.*, XVI, 1866.

approximativement, la dose du médicament absorbée. En tant que méthode générale, les bains mercuriels doivent être rejetés; mais on peut y avoir recours lorsqu'il s'agit de produire un effet local, ainsi qu'il arrive dans les syphilides rebelles. Le bichlorure de mercure est le sel qui mérite la préférence; il s'emploie à la dose de 10 à 50 grammes, préalablement dissous dans l'alcool ou dans l'éther. Dans ces mêmes conditions, les fumigations, dont il a été parlé, peuvent également produire de bons effets; c'est le cinnabre qui est habituellement employé, à la dose de 8 à 12 grammes par fumigation. La température est graduellement élevée, mais elle ne doit jamais être portée au delà de 40 ou 45 degrés. La fumigation doit être continuée pendant quinze ou vingt minutes et répétée tous les jours. Ces méthodes ont des indications et des contre-indications qu'il importe de connaître. En général elles conviennent dans les syphilis rebelles que ne parvient point à modifier la médication interne; autrement il faut s'en abstenir, principalement chez les individus affaiblis.

Une nouvelle méthode de traitement externe de la syphilis, appelée sans aucun doute à remplacer les fumigations et les frictions mercurielles, est la méthode des injections sous-cutanées. Préconisée d'abord en Italie par Scarenzio, qui faisait usage du calomel à la vapeur suspendu dans un véhicule, la méthode hypodermique trouva plus tard des partisans en Allemagne, en France et dans la plupart des autres pays (1). La seringue d'argent de Pravaz ou un instrument de caoutchouc vulcanisé a servi jusqu'ici à son application, et les substances employées sont des sels mercuriels différents, calomel, sublimé, protoiodure, biiodure, chloro-albuminate de mercure alcalin (2).

(1) Scarenzio, *Primi tentativi di cura della sifilide costituzionale*, etc. Annali universali di medicina di Milano, 1864. — G. Lewin, *Ueber d. syphilis mit hypoderm. sublimat Injection.* Annal. de Charite-Krankenh., XIV, p. 526, Berlin, 1868. — P. Richter, *Ueber die neueste Anwend. d. Quicksilbers gegen die Syphilis*, etc. Inaug. Diss. Berlin, 1867. — Grundfeld, *Wien. med. Presse*, 1868 et 1869, — Stohr, *Deutsches Arch. f. Dermat. und Syphiligr.*, II, p. 626, 1869. — Liégeois, *Des résultats cliniq. et scientif. obtenus avec les inject. sous-cutanées de sublimé à petites doses dans l'étude de la syphilis.* Annales de Dermatologie et de Syphiligr., t. II, 1869. — H. Kœbner, *Arch. f. Dermat. und Syphiligr.*, I, p. 626, 1869. —E. Hansen, *Dorpat. med. Zeitschr.*, t. I, p. 38, 1870; II, p. 193, 1871; III, p. 11, 1872.— Stuckheil, *Wien. med. Wochenschr.*, XX, 1870. — Taylor, *New-York med. Gaz.*, VI, p. 326, 1871. — Schutzenberger, *Gaz. méd. de Strasbourg*, p. 63, 1871. — Staub, *Traitement de la syphilis par les inject. hypodermiques de sublimé.* Thèse de Paris, 1872. — Giuseppe Profeta, *Osservatore medico di Palermo*, 1872. — Solmon, Ch., thèse de Paris, 1872.

(2) La formule adoptée par Staub est le résultat d'expériences nombreuses de la part du regretté professeur Hepp de Strasbourg; elle nous paraît préférable à toutes les autres.

Bichlorure mercuriel.....	1gr,25
Chlorure ammonique.....	1 25
Chlorure sodique.....	4 15
Eau distillée.....	125

Faites dissoudre et filtrez.

Blanc d'œuf.....	n° 1
Faites solution.....	1gr,25
Avec eau distillée.....	q. s.

Réunir les deux solutions et filtrer.

1 gramme de cette liqueur ou une seringue de Pravaz renferme 5 milligrammes de sublimé. La liqueur ne se conservant pas longtemps, il est préférable de ne prescrire que le dixième.

La dose, qui varie nécessairement suivant les cas, est en moyenne de 1 centigramme par jour, répartie sur deux injections.

Les phénomènes immédiats sont une douleur tensive, assez vive, cessant bientôt. La partie injectée se soulève comme une papule d'urticaire. Après deux minutes se développe peu à peu une sensation de douleur plus ou moins intense dépendant de l'action chimique du sublimé sur les nerfs sensitifs. Cette douleur, lorsqu'on fait usage de la solution de Hepp, est modérée et trop peu persistante pour qu'il soit utile d'ajouter à la solution du chlorhydrate de morphine : de même les abcès et les eschares seraient évités, d'après Staub, par la même solution. La stomatite est un autre inconvénient dont il est possible de préserver les malades. Les symptômes généraux de l'absorption du sublimé sont généralement très-prononcés. Ainsi, avec une dose d'un quart de grain de sublimé, les malades, en une demi-heure, ressentent un goût métallique ; un demi-grain peut déterminer des troubles gastriques, souvent des vomissements, de la douleur précordiale, quelquefois de la diarrhée. La stomatite ne se montre pas avant le troisième ou le quatrième jour.

A côté de ces inconvénients produits plus particulièrement par certaines préparations qu'il est possible d'éviter, la méthode hypodermique a des avantages qui se comprennent aisément ; l'absorption est sûre, les effets sont prompts, le dosage est de la plus grande exactitude, le tube digestif est respecté, et la nutrition se maintient si bien que les malades prennent souvent de l'embonpoint au fur et à mesure que leurs accidents disparaissent. Enfin la quantité de mercure introduite dans l'économie est très-faible, 15 à 20 centigrammes tout au plus. C'est en somme une méthode qu'il ne faut pas abandonner, mais que l'on doit s'appliquer à perfectionner.

La médication interne est celle que l'on préfère et que l'on emploie généralement en France, à moins des circonstances particulières ci-dessus signalées. Des préparations nombreuses sont mises en usage ; nous nous bornerons à faire connaître les principales d'entre elles.

Malgré son ancienne vogue, le mercure métallique est aujourd'hui délaissé. Les pilules de Belloste (1) et les pilules bleues (2), après avoir joui d'une grande célébrité, sont à peu près complétement oubliées. Les pilules de Sédillot (3) sont plus souvent conseillées : j'ai plusieurs fois constaté leurs

(1) Pilules de Belloste :

℞ Mercure métallique.....	*aa*	0,05
Aloès.....		
Rhubarbe.....	*aa*	0,02
Scammonée.....		
Poivre noir.....		0,01

Pour une pilule.

(2) Pilule bleues :

℞ Mercure métallique.....		0,05
Conserve de rose.....	*aa*	0,10
Poudre de réglisse.....		

Pour une pilule.

(3) Pilules de Sédillot :

℞ Onguent mercuriel double.....		0,10
Savon médicinal.....	*aa*	0,10
Poudre de guimauve.....		

Pour une pilule.

bons effets entre les mains de mon maître M. Rayer, et je les ai fréquemment employées avec succès.

Le mercure métallique demande, pour réussir, à être administré à des doses relativement élevées. Afin d'éviter ce léger inconvénient, on a depuis longtemps eu l'idée de recourir à ses composés. Celui de ces composés qui a joui de la plus grande réputation, tant à cause des bons résultats qu'il a donnés que de la grande autorité qui l'a en quelque sorte imposé à toute une génération médicale, est le bichlorure de mercure ou sublimé corrosif. Préconisé dans le traitement de la syphilis par E. Blancard, Melch. Friccius, Hoffmann, Boerhaave, ce médicament fut définitivement accepté par les médecins comme un antisyphilitique puissant depuis Van Swieten (1), qui sut en régler le mode d'emploi d'après une formule que lui avait envoyée de Russie le célèbre Sanchez. La formule prescrite par le médecin viennois a été modifiée dans le but d'empêcher l'action quelquefois pénible du sublimé sur l'estomac (2).

Mialhe (3) associe l'albumine au sublimé, et cette manière de faire a été imitée par Bacrensprung et Michaelis. Mais ce n'est pas seulement en solution que l'on administre le sublimé, on le donne encore sous la forme pilulaire afin d'éviter le goût désagréable qu'il détermine, et de faciliter le secret dans le traitement. C'est ainsi qu'il sert de base aux pilules de Cullerier (4) et de Dupuytren (5). Le protochlorure de mercure ou calomel, très-usité autrefois,

(1) Liqueur de Van Swieten :

℞	Deutochlorure de mercure.....	80 centigrammes.
	Eau-de-vie de grains.....	1000 grammes.

Une cuillerée à bouche, c'est-à-dire 15 grammes, matin et soir.

(2) Voici la formule du dernier Codex :

℞	Deutochlorure de mercure.....	1 partie.
	Eau pure.....	900 —
	Alcool rectifié.....	100 —

(3) Mialhe a donné la formule suivante :

℞	Sublimé.....	1 gramme.
	Chlorhydrate d'ammoniaque.....	5 —
	Blanc d'œuf.....	n° 2
	Eau.....	q. s.

Pour 1000 grammes de liquide, de une à trois cuillerées par jour. Chaque cuillerée contient 0gr,015 de sublimé.

(4) Pilules de Cullerier :

℞	Deutochlorure de mercure.....	1 gramme.
	Farine de froment.....	15 —
	Gomme pulvérisée.....	2 —
	Eau distillée.....	q. s.

Faites des pilules de 0gr,15. Une matin et soir.

(5) Pilules de Dupuytren :

℞	Sublimé corrosif.....	0,012
	Extrait d'opium.....	0,015
	Extrait de gayac.....	0,050

Pour une pilule, à prendre 2 par jour.

Aux enfants, chez lesquels les préparations sirupeuses sont plus faciles à administrer, on pourra donner le sirop de Larrey :

℞	Sirop de Cuisinier.....	500
	Chlorhydrate d'ammoniaque...	25 à 30 centigrammes.
	Bichlorure de mercure..... *aa*	
	Extrait thébaïque.....	

Prendre 1, 3 à 6 cuillerées par jour.

et d'un usage plus restreint, à cause des doses élevées dont il faut user pour obtenir des effets curatifs et de la salivation qu'il détermine, tend à reprendre faveur. Introduits dans la thérapeutique par Biett, les iodures de mercure n'ont pas tardé à acquérir un rang élevé dans le traitement de la syphilis. Après avoir essayé le biiodure, Biett finit par adopter de préférence le protoiodure. Plus tard, Puche (1) et Gibert (2) revinrent au biiodure qu'ils associèrent à l'iodure de potassium dans le traitement des syphilides profondes. Cazenave (3), Ricord (4), Bazin et un grand nombre de médecins font choix du protoiodure de mercure lorsqu'il s'agit de traiter les syphilides superficielles et les accidents qui leur sont contemporains. Le cyanure de mercure, préconisé par Biett et Parent-Duchâtelet, est en général fort peu employé, malgré l'avantage que lui attribuait ce dernier de ne pas déterminer des douleurs épigastriques comme le deutochlorure.

Au résumé, l'emploi du mercure à l'intérieur constitue une méthode simple et non dangereuse. Le bichlorure et le protochlorure mercuriels sont les composés qu'il convient de choisir ; mais le bichlorure est sans aucun doute celui qui mérite la préférence, s'il est vrai que toutes les préparations mercurielles, une fois absorbées, sont tout d'abord transformées en bichlorure de mercure. L'expérience a appris qu'il était parfois nécessaire, pour obtenir une guérison plus rapide, de varier les préparations. J'ai vu, dit Bazin (5), des syphilides, d'abord modifiées heureusement par le protoiodure, devenir tout à coup stationnaires, quoique le traitement fût continué exactement, et ne présenter une nouvelle tendance à la résolution que lorsqu'on substituait au protoiodure un autre composé mercuriel, tel que la liqueur de Van Swieten ou les pilules de Dupuytren. Ce même auteur commence le traitement des syphilides par une pilule de protoiodure de 25 milligrammes, et il prétend qu'il est inutile de

(1) Puche combine le biiodure de mercure avec l'iodure de potassium comme il suit :

Iodhydrargyrate de potassium..	1	gramme.
Iode	1	—
Iodure de potassium	20	—
Sirop de coquelicot.....	473	—

Dose de 25 à 100 grammes par jour, dans une tisane appropriée. Ce sirop convient très-bien aux individus à constitution lymphatique arrivés à la fin de la période secondaire.

(2) Gibert recommande le sirop de deutoiodure ioduré de mercure (Boutigny), lequel contient par 25 grammes de sirop :

Biiodure de mercure.....	01	centigramme.
Iodure de potassium.....	50	—

(3) Cazenave donne, dans les vingt-quatre heures, 5, 10, 15 et 20 centigrammes de protoiodure de mercure, ou 2 à 4 des pilules suivantes :

℞ Protoiodure de mercure.....	50	centigrammes.
Thridace.....	1 50	—

Pour vingt pilules.

(4) Ricord préfère la formule que voici :

℞ Protoiodure d'hydrargyre	*aa*	3 grammes.
Thridace		
Extrait thébaïque.....	1	gramme.
Conserve de roses	6	—

Pour 60 pilules, de 1 à 2 et 3 par jour.

(5) *Leçons sur les syphilides*. Paris, 1859.

donner plus de 5 centigrammes, attendu qu'on n'obtient pas davantage avec des doses plus élevées.

Une question importante, et diversement résolue, est celle de savoir pendant combien de temps on doit continuer l'usage interne du mercure. Hunter donnait une quantité de mercure proportionnée au nombre des surfaces ulcérées et à la violence de la maladie. Dupuytren faisait continuer le traitement jusqu'à extinction complète des accidents, plus un temps égal à celui qu'avait nécessité la guérison. Vidal pensait que 100 à 110 pilules de Dupuytren devaient suffire pour éteindre tout principe virulent dans l'organisme. Chomel, tenant moins à la dose du médicament qu'à la continuité du traitement, imposait à ses malades cinq ou six mois de médication mercurielle non interrompue. Six mois de traitement mercuriel, puis trois mois d'un traitement ioduré, destiné à prévenir les accidents éloignés de la diathèse, telle est, pour Ricord, la médication qui donne les cures les plus soutenues, qui réussit, dans la grande majorité des cas, à neutraliser véritablement le virus toxique, ou même à guérir la vérole, au moins dans la généralité de ses manifestations.

La plupart des élèves de Ricord, Diday excepté, partisans de l'action du mercure sur la diathèse, sont également partisans de la continuité du traitement mercuriel avec ou sans interruption. Le mercure, spécifique contre une maladie spécifique, s'écrie l'un d'eux, est vraiment un don de la Providence, et il use largement de ce don à l'égard des syphilitiques, puisque par son intermédiaire il prétend non-seulement combattre les déterminations locales de la syphilis, mais encore éteindre le germe spécifique. Presque tous emploient le mercure dès le début du chancre ; mais ils ne nous disent pas à quelle époque il convient d'en cesser l'usage, ou du moins quelles sont les indications qui permettent d'en reconnaître l'inutilité. Quelques-uns cependant posent une limite, car en définitive c'est déjà un malheur assez grand d'avoir contracté la syphilis, sans y ajouter encore celui d'absorber du mercure pendant le reste de ses jours, et cette limite est de un, deux ou trois ans, après quoi le patient doit continuer par un traitement ioduré. Bien certainement tous les malades ne doivent pas s'y soumettre au même degré ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il suffit d'avoir eu un chancre syphilitique suivi ou non de roséole pour subir le joug prolongé du mercure. Cette méthode purement empirique n'est pas la nôtre, et nous sommes d'avis, avec plusieurs praticiens, en particulier avec Bazin, qu'il importe de suspendre l'emploi des préparations mercurielles peu de temps après la disparition de la détermination locale, sauf à y revenir plus tard, si elle reparaît. Les considérations sur lesquelles repose notre manière d'agir sont les suivantes : un très-grand nombre d'individus syphilitiques, lors même qu'ils ne se soumettent à aucun traitement spécial, n'ont d'autre manifestation qu'un chancre et une roséole, pourvu qu'ils ne s'écartent pas d'une hygiène sévère. Les faits de ce genre signalés depuis longtemps par les antagonistes du mercure sont connus de tous les médecins qui ont pris la peine d'étudier l'évolution spontanée de la syphilis, et pour mon compte j'en ai observé un grand nombre. Cette maladie, comme autrefois la pneumonie, n'est donc soumise à un traitement constant et absolu que parce qu'on ignore sa marche naturelle, aussi, dans la pratique, le médecin qui cherche à fonder son traitement sur des indications précises et exactes n'est pas mieux vu que celui

qui, il y a vingt ans, proscrivait l'émétique et les saignées du traitement de la pneumonie. Et d'ailleurs quelles sont les preuves de la prétendue action du traitement mercuriel sur la diathèse? Se tirent-elles de l'analogie? En aucune façon; tout au contraire, l'analogie nous montre que dans le plus grand nombre des maladies l'agent thérapeutique s'adresse uniquement à la manifestation, jamais au fond morbide. Effectivement l'opium et le chloral, si utiles contre l'accès de délire alcoolique, laissent le malade aussi profondément intoxiqué après qu'avant leur administration. Le sulfate de quinine, qui s'oppose si merveilleusement à l'accès de fièvre intermittente, ne diminue en rien l'impaludisme, et la preuve, c'est que l'on voit souvent reparaître des accès de fièvre ou d'autres accidents paludéens, malgré l'usage continué de ce sel. On sait enfin que les agents les plus appropriés au traitement de la fluxion de rhumatisme articulaire aigu ne modifient en rien la prédisposition à une nouvelle attaque rhumatismale. Par conséquent, nous ne connaissons jusqu'ici aucun exemple d'agent thérapeutique capable de combattre le trouble général de l'organisme qui constitue la maladie. Mais les preuves que nous cherchons nous sont-elles fournies par l'observation clinique? Pas davantage, car les partisans quand même du traitement mercuriel avouent qu'en dépit de tous les efforts, d'un traitement long et actif, il n'est pas impossible qu'un malade soit exposé quelque jour, dans un avenir plus ou moins éloigné, à un accident nouveau, à une manifestation ultérieure de la diathèse; il n'est, nous disent-ils, ni dose, ni forme pharmaceutique, ni durée de traitement qui confère à coup sûr l'immunité, qui soit la garantie de l'extinction complète, absolue, radicale de la vérole. Ainsi l'aveu est formel : le mercure administré pendant des années ne guérit pas de la syphilis, il n'est pas prouvé qu'il s'oppose à la diathèse. Je sais bien qu'on fait mention de statistiques, et qu'on nous dit avoir appris par expérience que le traitement longtemps prolongé offre des garanties que l'on ne peut avoir quand on néglige de se traiter. Ce ne sont pas là des preuves suffisantes, et d'ailleurs je puis dire de mon côté qu'à l'aide d'une médication spécifique dirigée uniquement contre la manifestation et d'une hygiène bien entendue, j'obtiens des succès au moins aussi brillants que ceux que nous annoncent les partisans acharnés du mercure. De cette longue discussion je conclus qu'aucune raison sérieuse ne venant légitimer la continuation du traitement mercuriel après la cessation de la manifestation morbide, il n'y a pas lieu d'en prolonger l'administration, quand surtout l'observation clinique et l'étude comparée des maladies nous apprennent que l'hygiène, bien plus que la thérapeutique, parvient à prévenir les récidives, à déraciner la syphilis et à rendre à l'organisme ses qualités premières.

Remède spécial à la syphilis secondaire, le mercure ne convient pas pour cela à tous les cas. Le mauvais état des voies, la débilité de l'organisme, un certain degré de chloro-anémie, sont autant de contre-indications qui doivent entrer en ligne de compte. Chez les personnes d'une constitution délicate, atteintes de scrofules, disposées à la phthisie et à d'autres maladies de la même classe, on ne doit administrer le mercure, dit Sir Benj. Brodie (1), qu'après s'être assuré qu'il est indispensable. Toutefois, ajoute le même obser-

(1) Voyez *Ann. des malad. de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 90.

vateur, je crois que les sujets scrofuleux qui ont une affection syphilitique bien constatée sont traités avec plus d'avantage à l'aide de ce médicament, car si le mercure leur est nuisible, la syphilis l'est encore plus. Les individus qui ont toute l'apparence d'une santé vigoureuse ne sont pas toujours ceux qui supportent le mieux les préparations mercurielles. Ceux qui ont l'habitude de boire beaucoup de vin et qui mènent une vie irrégulière placent leur constitution dans une condition peu favorable à l'emploi de ces préparations : chez eux il vaut mieux différer l'usage du mercure jusqu'à ce que la constitution ait été améliorée, si l'on ne veut avoir à combattre plus tard des accidents mercuriels et syphilitiques. Quelquefois, pour des raisons que l'on ne peut prévoir, le mercure agit comme un poison ; c'est là une raison pour observer avec soin tous ceux auxquels on administre cet agent, s'ils n'en ont pas encore fait usage. Enfin, loin d'exercer une action favorable et d'amener la guérison des accidents secondaires, le mercure jette quelquefois le trouble dans la santé générale et aggrave d'autant plus les manifestations de la syphilis qu'on le donne en plus grande quantité. Dans ces conditions, il importe d'en suspendre l'emploi. Le malade se rétablira bientôt, et plus tard il sera peut-être possible de recourir à ce médicament, cette fois avec plus de fruit. De même, le mercure ne doit pas être continué quand, après le temps nécessaire à son action, il ne manifeste aucun effet thérapeutique.

Traitement général. — Ce traitement repose sur des indications variées. Pendant la période de l'accident primitif, le malade quelquefois pâlit, perd ses forces et dès lors, une hygiène convenable, jointe aux toniques et aux reconstituants, devient chose utile, comme aussi l'usage des eaux minérales et l'hydrothérapie. Quand un peu plus tard des phénomènes de chloro-anémie ou même de cachexie viennent s'ajouter à la syphilis, les ferrugineux, l'exercice au grand air, une atmosphère maritime, des bains salés, sont autant de moyens d'une utilité incontestable. Bien certainement, l'abus des spiritueux, une alimentation par trop excitante, les grandes fatigues, doivent être soigneusement évités, car la sobriété et l'hygiène constituent le meilleur mode de préparation au succès des agents médicamenteux. Dans le cas d'un état saburral des voies digestives, les malades se trouvent fort bien de l'emploi d'un vomitif qui leur permet de mieux supporter les préparations mercurielles. Les bains et l'iodure de potassium sont généralement utiles contre la fièvre du début des accidents secondaires.

Traitement local. — Ce traitement varie avec la forme de l'accident qu'il s'agit de combattre. Les éruptions des muqueuses, ordinairement tenaces ou même réfractaires au traitement par le mercure, se trouvent très-bien d'un traitement local. Les plaques syphilitiques des parties génitales et de l'anus, dont les récidives sont si fréquentes, cèdent à de légères cautérisations avec le nitrate d'argent, à quelques lotions de sublimé ou chlorurées, à des applications de poudre de calomel, de tannin, etc.; celles de la bouche et de la gorge, peu ou pas influencées par le traitement spécifique, sont rapidement modifiées par le nitrate d'argent, par l'usage interne et externe du chlorate de potasse. Ce sont les seuls moyens que j'emploie, bien certain que

le mercure seul ne peut rien contre ces derniers accidents, parfois si rebelles. Le docteur Créquy (1) se loue de l'association du chlorate de potasse avec le mercure dans la syphilis buccale.

Signalons ici, comme moyen adjuvant du traitement mercuriel, l'emploi de boissons bien connues, auxquelles il faut toutefois se garder d'attacher une trop grande importance ; telles sont : les tisanes de Vigarous, de Zittmann, de Pollini, de Feltz (2). Cette dernière, que recommande Rayer, est mieux indiquée, à mon sens, dans la période tertiaire, en raison de la petite quantité d'arsenic qu'elle renferme.

PÉRIODE DES PRODUCTIONS GOMMEUSES OU DES ACCIDENTS TERTIAIRES.

Tandis que les manifestations syphilitiques secondaires n'exigent souvent qu'une médication générale et spécifique, les lésions tertiaires, plus profondes et plus durables, demandent en outre l'intervention habituelle d'un traitement local. La main du chirurgien peut être appelée à les combattre ou du moins à remédier aux désordres fonctionnels qu'elles engendrent ou qu'elles laissent à leur suite. Nous aurons à tenir compte de ces diverses circonstances.

L'iode est ici la base thérapeutique fondamentale, comme tout à l'heure le mercure dans la syphilis secondaire. Administrée tout d'abord par Martini de Lubeck et par Lugol, la teinture d'iode a été préconisée de nouveau par le docteur J. Guillemin (3), qui lui reconnaît, entre autres avantages, celui d'être d'un prix peu élevé, d'une falsification à peu près impossible et d'un emploi peu ou pas dangereux. Les doses en sont très-faibles, comparativement aux doses habituelles des composés iodiques ; celle dont fait usage le docteur Guillemin est la suivante :

Teinture d'iode au dixième.....	5 grammes.
Eau commune.....	1000 —

Deux ou trois cuillerées de cette solution avant chacun des deux principaux repas suffisent en général, au dire de cet auteur, pour combattre non-seulement les accidents tertiaires, mais même les accidents secondaires.

L'iode, néanmoins, est rarement employé en nature ; le plus souvent

(1) Voyez *Gaz. méd.*, p. 173, 1873.

Ce médecin fait composer les pastilles suivantes :

℞ Chlorate de potasse.....	4 grammes.
Protoiodure d'hydrargyre.....	1 —
Essence de menthe.....	q. s.

Diviser en 20 pastilles. Une ou deux pastilles par jour.

(2) Ces diverses tisanes sont des décoctions de bois sudorifiques et de salsepareille. Les tisanes de Vigarous et de Pollini contiennent du sulfure d'antimoine, celle de Zittmann renferme du calomel. Quant à la tisane de Feltz, voici sa formule :

℞ Salsepareille.....	60 grammes.
Colle de poisson.....	10 —
Sulfure d'antimoine lavé.....	90 —
Eau.....	2 litres.

Réduisez à un litre à prendre dans la journée par verres.

(3) *Des avantages de la substitution de l'iode à l'iodure de potassium dans le traitement des maladies syphilitiques*, Gaz. hebdomad. de médecine et de chirurgie. Paris, 1865, p. 134 et suivantes.

c'est à l'un de ses sels que l'on a recours, et de préférence aux iodures de potassium et de sodium (1). Les doses auxquelles on administre l'iodure de potassium varient depuis 50 centigrammes et 1 gramme jusqu'à 3, 4, 5 et 6 grammes dans les vingt-quatre heures. Quelques auteurs portent ces doses à 10, 12 et 15 grammes, ou même au delà, mais sans avantage pour les malades, car il en est de l'iodure de potassium comme de tous les agents médicamenteux, dont l'organisme n'utilise jamais qu'une quantité déterminée. L'expérience a du reste montré que, dans ces conditions, l'influence thérapeutique du médicament n'est jamais proportionnée aux doses ingérées, et que les effets pathogéniques seuls sont augmentés. Le but auquel doit tendre le médecin en pareille circonstance, est donc d'arriver graduellement à une dose qui produise des effets thérapeutiques sans déterminer d'effets pathogéniques incommodes pour le malade. On fait prendre ce sel en solution, en sirop, très-rarement en pilules, à cause de sa déliquescence. Le meilleur mode d'emploi consiste à l'incorporer, une fois dissous, avec des sirops toniques ou dépuratifs, tels que les sirops de gentiane, de fumeterre, de salsepareille, ou même les sirops de gomme, de thridace, etc. (2). Les doses les plus élevées d'iodure de potassium trouvent leur indication dans les lésions avancées et profondes, telles que les altérations des os, les localisations viscérales qui peuvent mettre la vie du malade en danger. Mais si l'affection ne s'étend pas au delà du tégument externe ou interne, et si surtout le malade se trouve dans cette phase de la maladie à laquelle certains auteurs ont donné le nom de période de transition, le traitement mixte, tel que l'ont institué Gibert et Bazin (3), est le meilleur moyen de faire cesser les accidents. Le biiodure de mercure associé à l'iodure de potassium, ou sirop de deutoiodure ioduré de mercure (Boutigny, Gibert), est la préparation qui combat le plus avantageusement les syphilides profondes tuberculo-ulcéreuses et puro-vésiculeuses, affections la plu-

(1) L'iodure de potassium, tel que le livre le commerce, contient en général du carbonate de potasse et de l'iode en excès. (Voyez Payen, *Sur l'iodure de potassium*, Gaz. médicale, 1865, p. 581.) On reconnaîtra l'existence de ces substances par la coloration jaune que prend la solution à la lumière et la teinte violette qu'elle fait subir à l'empois d'amidon. Des recherches récentes de Vée (Voyez *Bulletin général de thérapeutique*, t. LXX, p. 405), apprennent que le chlorate de potasse absorbé en même temps que l'iodure de potassium peut lui céder son oxygène et le transformer en iodate, agent toxique. Des expériences de Melsens prouvent la possibilité de cette intoxication.

(2) Je formule ce médicament de la façon suivante :

℞ Sirop d'écorces d'oranges amères.....	250	grammes.
Iodure de potassium.....	15	—

A prendre chaque jour de une à trois cuillerées à bouche.

Au lieu de sirop, on peut se servir d'eau distillée et prescrire la solution que voici :

℞ Eau distillée.....	250	grammes.
Iodure de potassium.....	15	—

A prendre 1, 2 à 3 cuillerées par jour, en trois fois, chaque fois une cuillerée dans une tasse de macération de gentiane ou d'infusion de houblon.

(3) Nous avons fait connaître plus haut la formule adoptée par Gibert. Voici celle à laquelle E. Bazin donne la préférence :

℞ Biiodure de mercure.....	0,20	centigrammes.
Iodure de potassium.....	10	grammes.
Sirop de saponaire.....	500	—

On commence par deux cuillerées de ce sirop et l'on arrive ensuite à quatre par jour.

part du temps très-rebelles. De même que le mercure, l'iodure de potassium détruit la manifestation, mais il n'empêche pas les récidives, et par conséquent il ne peut rien contre la diathèse. L'espace de temps pendant lequel il convient de continuer l'usage de ce médicament est pour quelques auteurs de deux à trois mois ; mais ces auteurs oublient trop facilement qu'il ne peut y avoir de règle absolue sur ce point, et que la constitution du malade, son état de santé générale, la ténacité plus ou moins grande de la manifestation, sont alors les seuls guides. Évidemment, lorsque la détermination morbide locale cède facilement, il n'est pas nécessaire de prolonger beaucoup l'emploi du médicament ; en cas contraire, il importe d'en continuer l'usage jusqu'au rétablissement de la santé générale, principalement lorsque la lésion est profondément située, circonstance qui rend difficilement saisissable le moment exact de sa complète disparition.

L'iodure de fer en pilules, ou mieux en sirop, sera avantageusement substitué, chez les personnes débiles, à l'iodure de potassium ; nous y reviendrons plus loin à propos du traitement de la syphilis héréditaire. De même que les préparations mercurielles, les préparations d'iode ont besoin d'être aidées dans leur action, toutes les fois que les malades présentent un certain degré de cachexie ou de simple anémie. Les boissons amères, les macérations de quinquina, le vin de Bordeaux, les jus de viande, les rôtis et même les ferrugineux (1), deviennent, dans ces conditions, plus ou moins nécessaires ou indispensables. Dans quelques circonstances où les préparations iodurées sont restées sans effet, je me suis fort bien trouvé contre les accidents viscéraux de l'usage du calomel à doses fractionnées. Ce médicament ne doit pas être oublié, il peut être d'un grand secours. L'association du mercure à l'iodure de potassium est souvent utile ou nécessaire.

Les fonctions digestives troublées demandent quelquefois à être traitées à part ; mais il importe de savoir que l'un des principaux moyens à opposer au dérangement intestinal, si surtout il est sous la dépendance d'une lésion matérielle des glandes hémopoiétiques, c'est la médication iodurée, dont les contre-indications sont relativement rares. Plusieurs fois il m'est arrivé de constater les bons effets des frictions mercurielles dans cette circonstance.

S'il arrivait que l'état cachectique fût entretenu par des dégénérescences amyloïdes des viscères comme le foie et la rate, on pourrait, ainsi que l'a conseillé le docteur Budd, faire usage d'une limonade nitrique. Administré pendant un certain temps, l'acide nitrique possède, suivant ce médecin, une tendance remarquable à faire résorber le dépôt morbide auquel est dû l'accroissement des organes, à rétablir leur texture normale et à produire une

(1) Les ferrugineux n'ont pas seulement été considérés comme des adjuvants. Henri Behrend (de Liverpool) a conseillé d'employer à l'intérieur le tartrate de potasse et de fer (*The Lancet*, 15 et 20 décembre 1856), dont il prétend avoir obtenu un plein succès. A côté des médecins qui traitent par les ferrugineux, il s'en rencontre d'autres, comme Marsden, qui se contentent d'administrer des remèdes stomachiques et toniques et régime fortifiant (*The Lancet*, 27 juillet 1857, p. 650). Rien d'étonnant qu'une semblable médication réussisse dans maintes circonstances, après ce que nous savons de la guérison spontanée des manifestations syphilitiques. De même on ne sera pas surpris des prétendues guérisons attribuées au bichromate de potasse, médicament, selon nous, plus nuisible qu'utile. (Voyez Leroux, dans *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 8 mai 1867.)

amélioration de l'état général. Lorsqu'il est bien supporté, ce médicament, auquel il nous est arrivé de recourir plusieurs fois, est administré pendant des mois entiers, à la dose de quelques grammes pour un litre d'eau, sans incommoder l'estomac et sans produire une acidité excessive de l'urine.

Les indications locales, relativement fréquentes dans le cours de la période tertiaire, varient avec le siége et le degré d'intensité des accidents. Elles se présentent lorsque des ulcérations plus ou moins profondes succèdent aux néoplasmes syphilitiques et laissent à leur suite des pertes de substance, des rétrécissements de canaux, ou d'autres désordres capables d'entraver des fonctions importantes. Les ulcères de mauvais aspect, rebelles à la cicatrisation, développés à la surface de la peau ou des muqueuses, sont favorablement influencés par des pansements avec la glycérine, l'alcool, la teinture d'iode, une solution concentrée de sulfate de cuivre ; lorsque ces accidents revêtent la forme serpigineuse, les moyens dont il s'agit ne sont pas toujours suffisants, et il devient nécessaire de recourir à des cautérisations à l'aide du perchlorure de fer, ou avec le nitrate acide de mercure, ou avec le sublimé. Disons que les pansements à l'iodoforme font généralement merveille dans ces cas.

Gauthier recommande de toucher les ulcères de la gorge avec un pinceau de charpie imbibée du mélange suivant :

℞ Iodure de potassium.....	0.60	centigrammes.
Teinture d'iode.....	2	grammes.
Eau distillée.....	140	—

Introduit dans les fosses nasales en cas d'ozène, ce mélange combat aussi bien que le chlorure d'oxyde de sodium la fétidité dont ces cavités sont le siége. Il est bien évident que toute espèce de complication inflammatoire survenant dans ces conditions exigera l'emploi des sédatifs et des émollients.

Un traitement local n'est pas moins utile dans les affections syphilitiques de l'appareil de la locomotion. J'ai pu, dans plusieurs occasions, vérifier les bons effets des vésicatoires contre les arthropathies syphilitiques, les douleurs ostéocopes, l'ostéopériostite. En cas d'exostoses rebelles, Melch. Robert conseille de panser les vésicatoires avec la teinture d'iode ou l'onguent mercuriel double, et de recouvrir de cataplasmes émollients. Ces moyens peuvent être opposés à la contracture musculaire. Les gommes ulcérées des muscles réclament les mêmes soins que les ulcères cutanés profonds. Les onctions mercurielles, l'emplâtre de Vigo, aident à la résolution des lésions syphilitiques tertiaires superficiellement situées ; les injections surtout activent leur disparition.

Certaines lésions peuvent obliger à recourir à une opération chirurgicale, ce sont principalement celles qui portent sur le voile palatin, le pharynx et les voies aériennes. Lorsque les perforations de la voûte palatine ou du voile du palais ne viennent pas à se cicatriser, la staphylorrhaphie doit être tentée, si elle est applicable ; sinon, il est encore possible de remédier à ces accidents à l'aide d'obturateurs bien faits (1). Une autre circonstance propre à légitimer une opération chirurgicale, c'est quand des adhérences se sont établies, à la suite d'ulcérations, entre la face postérieure du voile du palais et la portion

(1) Déjà Gabriel Fallope cherche à remédier, à l'aide d'un instrument de ce genre, à la perforation syphilitique de la voûte palatine. (Voyez *Aphrodisiacus*, p. 829.)

supérieure du pharynx. On sait que ces adhérences ont le plus souvent une origine syphilitique (1), par ce fait que les ulcérations syphilitiques sont les plus fréquentes de toutes celles que l'on observe dans ces régions.

Les lésions des voies aériennes causent, dans quelques cas, des troubles de la respiration tellement dangereux, qu'il devient nécessaire de pratiquer la trachéotomie (2). Utile et efficace lorsque le larynx seul est affecté, cette opération est sans résultat dans les lésions de la trachée dont le siége habituel est la partie inférieure de ce canal.

§ 3. — Traitement de la syphilis héréditaire.

Avant de traiter la syphilis héréditaire, il importe de la prévenir, au moins dans la mesure de son pouvoir. C'est pourquoi le médecin ne doit jamais consentir au mariage de quiconque est porteur d'accidents syphilitiques. Mais si ces accidents n'existent plus, permettez le mariage, dit Vidal de Cassis, quand le traitement a été complet et que six mois se sont écoulés sans aucune manifestation. Je n'oserais, pour mon compte, me montrer aussi facile ; je demanderais au moins à mon malade d'aller, auparavant, passer une saison dans l'un des établissements thermaux dont il sera question plus loin, et après cette épreuve seulement j'aviserais. Le mariage accompli, le médecin qui constate l'existence d'affections syphilitiques chez l'un ou l'autre des conjoints n'a autre chose à faire que d'interdire momentanément les rapports conjugaux, mesure qui sera d'autant moins rigoureuse que les manifestations appartiendront à une période plus avancée du mal.

Héréditairement transmise, la syphilis donne lieu à des indications un peu différentes chez le fœtus, chez l'enfant nouveau-né et à un âge plus avancé de la vie.

1° Chez le fœtus, la syphilis est, nous le savons, l'une des plus fréquentes causes d'avortement. Mais, pour combattre la maladie du fœtus, il devient nécessaire d'agir sur la mère. La question de savoir si la syphilis doit être traitée dans le cours de la grossesse a été diversement résolue. La majorité des médecins d'autrefois était d'avis de s'abstenir, et cet avis, partagé par Doublet, a été adopté par le docteur Huguier, qui croit qu'un traitement mercuriel administré dans le cours d'une grossesse prédispose la femme à des suites de couches plus graves que celles que l'on observe après un traitement simple. Quelques médecins, allant plus loin dans cette voie, ont accusé le mercure de produire l'avortement. Cette opinion, que les observations de Colson relatives au mode d'action du mercure sur les fonctions de l'utérus n'ont pas peu contribué à accréditer, est évidemment exagérée. Ni la durée du traitement ni les doses du médicament ne paraissent capables de produire un sem-

(1) On trouve cette origine 26 fois sur 30 cas dans le mémoire du docteur Paul de Breslau, dont le docteur Verneuil vient de nous donner la traduction. (Voyez *Archives de médecine*, octobre 1865, p. 422.)

(2) Voyez Demarquay, *Union méd*, 1864. — U. Trélat, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 8 dec. 1868.

blable résultat ; l'observation clinique, du moins, n'est nullement favorable à cette manière de voir.

Parmi les nombreux médecins qui recommandent le traitement spécifique chez les femmes grosses, il faut citer N. Massa, Garnier, de Blégny, Astruc, Petit, Fabre, Levret, Rosen, Underwood, Swediaur, Bell, Bertin, S. Cooper, Lagneau, Vannoni (1), Gibert, Cazenave, Cullerier, Ricord, Devilliers, etc. Or, selon ces médecins, le mercure convenablement administré s'oppose presque toujours à l'avortement, accident commun en l'absence de tout traitement. Pick (2), auteur de recherches nombreuses sur ce sujet, est arrivé à des résultats peu différents. Ainsi, il faut reconnaître l'utilité de l'intervention d'un traitement spécifique chez les femmes grosses syphilitiques, et ne pas hésiter à avoir recours à ce traitement, la mère fût-elle exempte de toute manifestation, lorsque la santé du père et des avortements antérieurs font présumer l'infection du fœtus. Dans une discussion académique restée célèbre, le professeur Moreau a cité l'exemple d'une femme qui, après plusieurs grossesses successives toutes suivies d'accouchement avant terme et de la mort du fœtus, fut soumise, en désespoir de cause, à un traitement antisyphilitique, et dont les nouvelles grossesses furent conduites heureusement à terme (3). Le mercure, médicament auquel la plupart des médecins autorisés s'accordent à donner la préférence, peut être administré à l'intérieur, mais à la condition que les fonctions digestives, prédisposées à se déranger par le fait de la grossesse, ne soient pas notablement troublées. Le dérangement de ces fonctions conduit à recourir à la méthode des injections hypodermiques, ou à la méthode des frictions à l'aide de l'onguent mercuriel double, à la dose de 4 à 10 grammes par jour.

2° Chez le nouveau-né syphilitique, Guyon-Dolois et Gardanne croyaient nécessaire d'attendre un certain temps après la naissance avant de commencer à traiter. Mais, si l'on réfléchit à la gravité de la syphilis héréditaire et au danger que courent les jeunes enfants atteints de cette affection, il faut renoncer à suivre cette pratique, qui ne repose sur aucune donnée. A notre avis, le traitement doit intervenir dès l'instant où la syphilis se manifeste ; en l'absence de tout accident, il faut s'en abstenir. Cette opinion, différente de celle que professe Diday (de Lyon), qui veut que l'on traite tout enfant dont les deux parents sont reconnus syphilitiques, me paraît légitimée par ce fait que le mercure n'empêche pas plus l'apparition des manifestations de la syphilis héréditaire que celle des manifestations de la syphilis acquise. Il est d'ailleurs prouvé, dit Vidal (de Cassis), que des parents infectés ont mis au monde des enfants très-viables qui n'ont jamais offert le moindre symptôme syphilitique. Ainsi, il faut recourir à une médication spécifique toutes les fois qu'il existe des manifestations, à moins que des complications surajoutées à la syphilis ne viennent contre-indiquer ce traitement.

(1) *Il Raccoglitore med.*, août 1842. Consultez E. Bertin, *Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 862.

(2) Voyez *Schmidt's Jahrb.*, t. CXX, p. 194.

(3) Cazeaux, Maisonneuve et Montanier prétendent qu'il ne faut pas traiter lorsque les parents sont en apparence sains ; mais Dubois, Depaul, Moreau, Vidal (de Cassis), Putégnat (de Lunéville), sont de l'avis contraire, si les parents ont eu des enfants vérolés.

Le mercure et l'iodure de fer sont les deux principaux agents sur lesquels se fonde la thérapeutique de la syphilis héréditaire, et, suivant que ces agents sont administrés à l'enfant ou à la nourrice, le traitement est direct ou indirect. Le traitement direct fut d'abord appliqué. N. Massa (1536), Paré (1553), Botal (1663), Augier-Ferrier, Guyon-Dolois, de Blégny, Astruc, en étaient partisans ; ils employaient les frictions ou les fumigations, c'est-à-dire un traitement direct externe. Rivière, Vercelloni, Brunner, Sanchez, Underwood, Nisbett, Bell, conseillaient le mercure à l'intérieur, c'est-à-dire le traitement direct interne.

L'idée de traiter un enfant malade en faisant prendre des médicaments à la mère existe déjà dans Hippocrate (1). Pierre Garnier (de Lyon), en 1699, proposa d'administrer à l'enfant le mercure par le lait de la mère. Levret, Burton (1775), Rosen de Rosenstein, Colombier, Doublet (1766), Faguer, Swediaur, etc., adoptèrent bientôt ce mode de traitement. On se servait, dans le même but, du lait d'une chèvre ou d'une ânesse préalablement soumise à des frictions mercurielles. D'abord il y eut des succès, mais qui ne furent pas justifiés par l'observation ultérieure. Depuis lors, Bertin, Lagneau, Philippe Boyer, S. Cooper, Gibert, Cazenave, ont eu recours à un traitement mixte, et, plus récemment, Cullerier, Bassereau, Natalis Guillot, Putégnat, Vidal (de Cassis), sont revenus au traitement direct. Ce traitement est effectivement le seul efficace, car les doutes émis tout d'abord sur l'insuffisance du traitement indirect sont devenus des certitudes, depuis que des analyses chimiques rigoureuses ont montré que le mercure passait peu ou pas dans le lait des nourrices.

Péligot (2) ne put retrouver de mercure dans le lait d'une ânesse qui prenait chaque jour 5 grains de sublimé, non plus que dans le lait d'une chèvre qui en prenait jusqu'à 12 grains. Cullerier, Reveil, Lutz, ne furent pas plus heureux dans les analyses qu'ils firent du lait de femmes soumises aux préparations mercurielles. Cependant Personne, opérant d'une autre façon, parvint à constater la présence du mercure en très-faible quantité dans le lait d'une femme qui prenait, depuis deux mois, 5 centigrammes de protoiodure par jour (3). Ainsi s'expliquent les insuccès du traitement indirect et la nécessité qu'il y a de recourir au traitement direct, soit externe, soit interne.

Le traitement direct externe consiste dans l'emploi des frictions, des bains et des injections hypodermiques. Les frictions sont faites avec le calomélas ou l'onguent mercuriel. Cazenave conseille les frictions sur les gencives avec un centième de calomélas incorporé dans du miel. Massa, Botal, Doublet, Bertin, faisaient usage des frictions avec l'onguent mercuriel. Lagneau et Putégnat (de Lunéville), les emploient aujourd'hui, et Cullerier en faisait la base du traitement à l'hôpital de Lourcine. « Après avoir baigné l'enfant à l'eau de son plusieurs fois afin de calmer l'inflammation qui peut exister et afin aussi de prédisposer la peau à une absorption plus facile, je fais faire, dit cet observateur, sur les parois latérales de la poitrine, en remontant vers l'aisselle, une friction

(1) Lactantium cura posita est tota in medicatione nutricum. *Epist.*, liv. III.

(2) *Journ. des connaiss. médico-chirurg.*, nov. 1836.

(3) Voyez Cullerier, *Bulletin de thérapeutique*, n° d'octobre 1862. — Comparez Ch. Ravin, *Du traitement de la syphilis congénitale*. Thèse de Paris, 1857.

avec 1 gramme d'onguent napolitain, un jour d'un côté, le lendemain du côté opposé. Ces frictions doivent être faites doucement, afin de ne pas irriter la peau ; elles doivent être prolongées pendant plusieurs minutes. Deux fois par semaine je fais suspendre les frictions, et ce jour-là je donne à l'enfant un bain d'eau tiède dans lequel je fais ajouter de 2 à 4 grammes de sublimé ; pour les enfants de plus d'un an, on peut augmenter la dose (2 grammes d'onguent, 6 grammes de sublimé). Ces frictions amènent très-rarement des accidents locaux d'érythème et d'éruptions vésiculeuses. Lorsque les parties génitales et l'anus sont le siége de plaques muqueuses ou d'ulcérations à sécrétion abondante, je les touche quelquefois avec une solution de nitrate d'argent (4, 6, 8 grammes pour 30 d'eau) ; mais, si la sécrétion est modérée ou qu'il n'y ait que des tubercules secs, je me contente de lotions d'eau de son, de guimauve, de sureau ; mais je fais toujours saupoudrer les surfaces avec de l'amidon, de la farine, ou du lycopode, et, autant que possible, je les isole les unes des autres avec du linge sec ou de la charpie. Quand c'est la peau du visage qui est prise, et chez les tout jeunes enfants elle l'est souvent, on emploiera les mêmes lotions ; mais, de plus, les parties malades étant ici exposées à l'air et la dessiccation s'en faisant très-facilement, ce qui détermine des déchirures, des fissures très-douloureuses pendant les cris ou l'action de téter, on devra, le plus souvent possible, les recouvrir d'un corps gras quelconque, pommade de concombre, cérat ordinaire, opiacé, au calomel. » Pour mon compte, je souscris volontiers à cette méthode de traitement, car plusieurs fois j'ai eu l'occasion de constater ses bons effets. Pourtant il serait bon d'étudier avec soin les effets des injections hypodermiques chez les jeunes enfants. Cette méthode simple et facile nous paraît appelée à donner de bons résultats ; elle aurait du moins l'avantage de permettre de doser exactement le médicament.

Le traitement direct interne, communément employé en Angleterre, exige certaines précautions, en raison de la facile irritabilité des intestins chez les jeunes enfants. Le deutochlorure de mercure (sublimé corrosif), recommandé par Bertin et Lamauve, est la préparation généralement choisie ; on l'administre à la dose de quelques milligrammes par jour, dans un looch, dans du lait, du miel, du bouillon, de l'eau sucrée, du sirop, etc. Les sirops à base mercurielle peuvent être utilisés en pareil cas. Le calomel pur, tel que l'administraient Rivière, Vercelloni et Brunner (5 centigr.), ou associé au carbonate de chaux, ainsi qu'on le fait en Angleterre, est toujours moins bien supporté en raison de ses propriétés purgatives. L'iode peut être aussi employé, mais Steiner (1) préfère avec raison la médication mercurielle. Les préparations sudorifiques, conseillées par Ferrier, Harris, Brunner, etc., sont des moyens la plupart du temps infidèles et qui méritent au plus d'être ajoutés au mercure. Le lait de la nourrice est le meilleur aliment que puisse prendre l'enfant syphilitique, dont les fonctions digestives demandent à être surveillées avec soin.

En résumé, le traitement direct est seul véritablement efficace. Il consiste

(1) Steiner, *Zur Behandlung der hereditären Syphilis* (*Œsterr. Jahrb. f. Pädiatrik*, N. F. I, p. 95, 1870). — Comparez W. Stephanson, *Edinburgh med. Journ.*, XVI, p. 980, may 1871.

dans l'usage interne du mercure (calomel, sublimé) et mieux dans des frictions avec l'onguent napolitain et des bains ou des injections de sublimé (1). Le traitement mixte (direct et indirect à la fois) trouve son indication lorsqu'il y a infection de la nourrice et de l'enfant. Mais ces différents traitements ne sont pas toujours suffisants, et il convient souvent d'y joindre des moyens locaux. Les corps gras, pommade de concombre, axonge fraîche, etc., sont indiqués dans la plupart des éruptions cutanées. Gilbert recommande une pommade au calomel ou au protoiodure contre les tubercules et les pustules; Cullerier fait usage d'une solution de nitrate d'argent contre les plaques muqueuses et les ulcérations des parties génitales et de l'anus.

Lorsque les manifestations de la syphilis héréditaire intéressent des viscères importants, et surtout quand elles sont accompagnées de cachexie, les préparations iodurées se trouvent indiquées et méritent la préférence. Dans les affections du foie, Gubler conseille l'iodure de potassium à la dose de 1 décigramme par jour; Cullerier dit avoir obtenu de bons résultats de l'emploi du protoiodure de mercure. Bouchut rapporte plusieurs cas de coryza syphilitique guéris par l'iodure de potassium. Pour mon compte, je ne puis trop recommander l'iodure de fer chez les jeunes enfants. Maintes fois j'ai eu l'occasion de constater les bons effets de ce médicament dans les lésions viscérales avec cachexie. On le donne, sous forme de sirop, à la dose d'une cuillerée par jour dans un demi-verre d'eau sucrée ou dans une tasse d'infusion de tilleul.

3° Le traitement de la syphilis héréditaire tardive ne diffère pas notablement du traitement de la syphilis acquise : les préparations iodurées lui conviennent plus particulièrement ; mais il importe de recourir à l'hygiène et aux agents reconstituants (huile de foie de morue, etc.) au moins autant qu'aux agents spécifiques.

§ 4. — Effets physiologiques et pathogéniques du mercure et de l'iodure de potassium.

Lorsque l'expérience a constaté les bons effets du mercure et de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis, il n'est pas sans intérêt de demander à la physiologie le mode d'action de ces substances et de chercher dans l'observation clinique les effets pathogéniques auxquels sont exposés les malades qui font usage de ces agents thérapeutiques.

Nos connaissances relativement à l'action physiologique du mercure sont jusqu'ici très-incomplètes. Employé à l'extérieur ou à l'intérieur, le mercure est absorbé, soit en nature (2), soit à l'état de bichlorure (3) ; de là la préférence de quelques médecins pour le sublimé (4). Michaelis n'accorde d'importance qu'à l'onguent gris et au sublimé ; au premier, parce qu'il ne fatigue pas

(1) Un médecin anglais, Dunn, prétend avoir obtenu de nombreux succès du traitement de la syphilis infantile par le chlorate de potasse. (Communication à la Royal medical and chirurgical Society.) Ces succès ont été contestés.

(2) Œsterlen, *Archiv f. physiol Heilkunde*, t. II, p. 536, 1843.

(3) Miolhe, *Chimie appliquée à la physiologie*, p. 451.

(4) Hunter pensait que toutes les préparations mercurielles devaient subir un changement qui les transformait en un même composé, puisqu'elles ne produisent qu'un seul et même effet sur la constitution.

l'estomac; au second, parce qu'il est, d'après la théorie de Voit, le composé de transformation de toutes les préparations mercurielles. Ce mode de transformation accepté, on ne tarda pas à s'en servir pour expliquer le mode d'action physiologique et thérapeutique du mercure. On attribua à la combinaison du sublimé avec l'albumine et les exsudats albumineux la propriété d'engendrer des produits aptes à être résorbés, mais non à passer à l'état de tissus permanents. Cette explication, qu'Overbeck (1) cherche à faire prévaloir en ce qui concerne le mode d'action du mercure dans l'inflammation, serait aussi applicable à la syphilis par suite de la même combinaison. Par cette combinaison, les produits morbides syphilitiques modifiés ne peuvent s'organiser, ils sont rendus inoffensifs, puis éliminés. S'il est vrai que cette théorie a le tort de reposer trop exclusivement sur des données chimiques analogues à celles que l'on obtient dans les laboratoires, il faut néanmoins reconnaître que les préparations mercurielles agissent sur le sang et la plupart des fonctions de l'économie. Sous leur influence, le contenu aqueux du sang augmente en même temps que l'hématine (Ayrès), tandis que les globules et l'albumine diminuent de quantité; l'urine, trouble, alcaline, plus abondante (Buchkeim), renferme parfois de l'albumine et du mercure qu'ont éliminés les reins. Plus copieuses dans certains cas, les évacuations alvines contiennent de la bile et des épithéliums. La peau devient plus humide, l'œil perd son éclat, la langue se charge, les bronches sécrètent avec plus d'abondance. Fife (2) et plus tard Prout (3) ont constaté que l'usage prolongé d'un traitement mercuriel déterminait une diminution dans la proportion d'acide carbonique exhalé. De même que les alcooliques, ces préparations abaissent la température, ralentissent le pouls, aussi il n'est pas rare de voir survenir, sous leur influence, quand elles sont prises à doses faibles, de la fraîcheur et de l'embonpoint, comme l'ont montré les observations de Liégeois (4). Cet auteur pense que le mercure augmente, du moins au début, le travail de composition et de décomposition des tissus généraux, et que la résorption des néoplasies syphilitiques tient à la prédominance du travail dénutritif. Les recherches de Byasson (5) nous apprennent que l'élimination du sublimé est rapide et qu'elle se fait par les urines et la salive.

Je n'insiste pas sur ces effets physiologiques ; les effets pathogéniques sont peu différents. Si la modification du sang dépasse une certaine limite, les lèvres pâlissent, les yeux s'excavent, les fonctions nerveuses et musculaires s'affaiblissent, la respiration est difficile, et parfois des hémorrhagies se manifestent en différents points du corps, mais particulièrement sur les gencives et dans la bouche. Cet état, auquel on a donné le nom de cachexie

(1) Overbeck, *Mercur und Syphilis*, p. 263, Berlin, 1861.

(2) A. Fife jun., *Dissertatio chimico-physiolog. inauguralis de copia acidi carbonici e pulmonibus ad respirandum evoluti*. Edinburgi, 1814.

(3) Prout, *Further Observ. on the quantity of carbonic acid gas emitted from the lungs during respiration* (*Annals of Philosophy*, London, 1814, vol. IV, p. 335).

(4) Liégeois, *Annales de Dermatol. et de syphiligraphie*, t. II, 1869. — Comparez Tomowitz, *Unters. über Korpergewichtsveränderungen Syphilitischer vor und nach der Behandlung*, Schmidt's Jahrb, t. 147, p. 173.

(5) Byasson, *Eliminat. des sels mercuriels*, Journal de l'anatomie de Robin, p. 500, 1872.

mercurielle, est assez rarement observé, aujourd'hui du moins, chez les individus traités de la syphilis; mais il est d'autres accidents qu'on a le plus souvent l'occasion de rencontrer. La fièvre mercurielle, que caractérisent un malaise notable, une accélération du pouls facilement appréciable, la dépression plutôt que l'exaltation des forces, est le plus souvent liée à un mauvais état des voies digestives et à la salivation. Les sueurs, l'érythème et l'eczéma, accidents signalés par Pearson, en 1783, ont été plus tard soigneusement étudiés par Alley (1). L'érythème, qui n'est pas sans analogie avec la roséole, est assez rare; l'éruption vésiculeuse est plus fréquente, elle est constituée par une quantité de petites vésicules acuminées reposant sur un fond rouge. Les ulcères de la bouche et du pharynx, déjà bien décrits par Bell (2), ont aussi des caractères particuliers sur lesquels nous avons insisté plus haut (voyez p. 145). Un accident beaucoup plus fréquent est la stomatite mercurielle: les gencives, gonflées, douloureuses, sont couvertes de pellicules blanchâtres, l'haleine est fétide, et le malade se plaint d'une saveur métallique; chargée d'un enduit muqueux, la langue est plus épaisse; la salive donne lieu à un écoulement très-abondant et très-incommode. C'est dans le but de prévenir ce dernier accident que l'on a récemment préconisé, après beaucoup d'autres moyens, le chlorate de potasse, mais sans succès constant. Ce médicament toutefois peut être utilement employé contre les lésions buccales développées sous l'influence du mercure. Velpeau recommande de faire trois ou quatre fois par jour des frictions sur les gencives avec de l'alun pulvérisé, que le malade prend sur son doigt. Grand nombre d'autres moyens ont été indiqués depuis Matthiole; mais aucun d'eux, au rapport d'Astruc et de Swediaur, n'empêche la salivation. La dyspepsie est un autre danger des préparations mercurielles : l'appétit diminue, les digestions sont laborieuses, troublées, une sensation de barre ou de poids se fait sentir au creux épigastrique. Dans ces conditions, le malade parfois maigrit, devient irascible et emporté. Ces divers accidents, auxquels il n'est pas toujours facile de remédier, demandent tout au moins la suspension du traitement mercuriel.

Quelques dérangements des fonctions nerveuses paraissent encore dépendre de l'usage des préparations mercurielles. Des faits rapportés par Colson (3) et Diday et un de ceux que renferme ce livre démontrent que le tremblement peut être un des effets de la médication mercurielle, et il n'est pas impossible que certaines formes de folie (hypochondrie, idiotisme) reconnaissent la même origine. Ajoutons que l'usage prolongé des préparations mercurielles peut avoir aussi une influence fâcheuse sur la fonction des reins et conduire à l'albuminurie, sinon à la cachexie et à la mort (voyez observ. p. 460).

L'iodure de potassium (4) est d'une absorption facile. Son élimination a lieu

(1) *Observations on the Hydrargyria or that vesiculous disease arising from the exhibition of mercury*. London, 1810.

(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 147.

(3) Colson, *Essai sur le tremblement observé à la suite du traitement mercuriel* (*Archiv. génér. de méd.*, 1827, 1re série, t. XV, p. 338).

(4) L'iodure de potassium, selon Mosler (Virchow's Archiv, t. XIII), est rapidement éliminé par la bile, tandis que le calomel passe difficilement dans ce produit de sécrétion, et ainsi le premier de ces agents semblerait mériter la préférence dans le traitement des affections syphilitiques du foie.

par les urines, la salive, le lait, et aussi par la sueur; c'est pourquoi il nous est arrivé plusieurs fois d'observer que cet agent était, à doses égales, mieux supporté en été qu'en hiver. Les premiers effets de son action physiologique, selon le professeur Küss (1), de Strasbourg, se montrent du côté du tube digestif, où, en solution un peu concentrée, il agit par contact avant d'agir par absorption. Une sensation de sécheresse et d'ardeur se manifeste dans le pharynx, qui, si les doses sont un peu fortes, devient rouge et se tuméfie en même temps que les amygdales, sans grande gêne de la déglutition. Un afflux muqueux ou ptyalisme iodique succède à cet état. La salive est visqueuse sans que les gencives ni les dents présentent d'altérations pathologiques. Après quelque temps d'usage à doses progressives, la langue se recouvre d'un enduit grisatre, uniforme, facile à reconnaître quand on l'a vu une fois. Cet enduit, qui précède d'ordinaire l'éruption iodique, est l'indice du maximum d'effet thérapeutique; son absence ou sa présence peut être ainsi une source d'indications précieuses pour l'augmentation des doses.

On constate fréquemment l'enchifrènement des fosses nasales, l'exagération de la sécrétion de la membrane pituitaire, un véritable coryza, en un mot. Les bronches participent à ce mouvement, il se produit une toux sèche, peu prononcée, avec expectoration spumeuse, jamais grasse ni purulente. Il y a tout d'abord accélération, ampleur et plénitude des pulsations ; puis, au bout d'un temps variable suivant les sujets, le pouls se déprime et reprend ensuite ses qualités premières. De là l'explication des contradictions des expérimentateurs, comme aussi cette conclusion, que les personnes dont le pouls est fréquent sont moins rapidement impressionnées que celles dont le pouls est plus modéré. Le sel iodique se retrouve en totalité dans le sang avec toutes ses qualités chimiques, son action par conséquent est toute catalytique, il ne modifie les globules sanguins ni dans leur forme ni dans leur nombre. Suivant le docteur Bouchard il augmenterait l'excrétion de l'urée, tandis que selon Rabuteau, il en diminuerait la production et on le verrait dans quelques cas favoriser l'embonpoint. Son influence pathogénique est à peu près nulle quand on sait en graduer les doses et le diluer dans une quantité suffisante de liquide. Wallace néanmoins signale comme suite de l'emploi de ce médicament des mouvements péristaltiques de l'intestin, la constipation, une transpiration exagérée, plus rarement de la salivation. Son action spéciale sur la peau se traduit par l'acné iodique, dont les pustules plus ou moins discrètes ont tout d'abord pour siége de prédilection, suivant Küss, les régions les plus voisines de l'accident syphilitique. On peut à coup sûr prédire l'apparition de cette éruption quand se manifeste l'enduit grisâtre de la langue, annonçant la saturation de l'économie. Le professeur de Strasbourg mentionne en outre une infiltration limitée du tissu connectif sous-cutané de toutes les régions du corps, affectant de préférence le voisinage des parties lésées. Céphalalgie, tremblements, vertiges, névralgies, tels sont les troubles qui peuvent résulter encore de l'emploi de l'iodure potassique.

(1) *Gazette médicale de Strasbourg*, nov. 1865. — Sur les effets de l'iodure de potassium et de l'iodure de sodium, consultez Trousseau et Pidoux, *Élém. de thérapeutique*, p. 245, 5e édit. — Titon, Thèse de Paris, 1856. — Lomet, *Action de l'iodure de potassium sur les différents appareils*, Thèse de Strasbourg, 1863. — Gamberini, *Bullet. delle Scienze mediche*. Bologna, avril 1852.

Quelques auteurs, Overbeck notamment, accordent à l'iodure de potassium la propriété d'agir sur l'albumine du sang, s'appuyant de ce que, chez les individus intoxiqués par le plomb ou chez ceux qui ont fait usage des préparations mercurielles, on le voit déterminer parfois le passage de l'albumine et d'une plus grande quantité de plomb ou de mercure dans les urines. Comme le mercure, l'iode exercerait ainsi une action modificatrice dissolvante sur l'albumine, et à cette action seraient dus, suivant cet observateur, les effets thérapeutiques des préparations iodurées dans la syphilis. Cette manière de voir est entièrement hypothétique; néanmoins je me garderai d'édifier moi-même une théorie qui serait aussi incertaine que toutes celles qui ont été émises à ce sujet. Je me contenterai de faire remarquer que, dans l'espèce, le mercure (1) et l'iode n'exercent d'action véritable que sur la détermination anatomique, et qu'ils restent sans effet tant que cette détermination n'existe pas. Il est de fait que ces agents ne modifient en rien le désordre nutritif qui préside à la formation du produit syphilitique, puisqu'ils ne peuvent prévenir son apparition. Leur action porte uniquement sur ce produit ou plutôt sur les éléments qui le constituent ; elle consiste, en somme, à favoriser la métamorphose régressive ou graisseuse de ces éléments et leur résorption. S'il en est ainsi, on ne peut dire que ces médicaments soient des spécifiques à ce point de vue qu'ils neutralisent la cause ou virus syphilitique (2) ; on ne doit les considérer comme tels que parce qu'ils exercent une action spéciale, élective en quelque sorte, sur l'élément connectif, et tout particulièrement sur les déterminations locales d'origine syphilitique. Ces préparations, comme on sait, restent sans effet contre des lésions telles que le tubercule pulmonaire, dont la ressemblance avec la tumeur gommeuse est des plus frappantes.

En résumé, ce n'est pas à l'essence même de la syphilis que s'attaquent le mercure et l'iodure de potassium, mais bien à ses manifestations. Comme toute maladie, la diathèse syphilitique guérit non par les efforts de la thérapeutique, mais par les seules forces de l'organisme. C'est là un principe qu'un médecin ne peut ignorer. Donc, deux indications : combattre les lésions matérielles capables de compromettre l'existence, placer le malade dans les conditions les plus favorables pour lui permettre de triompher de son mal. Là est tout le secret de la thérapeutique syphilitique.

Un fait digne de remarque, c'est que, loin d'arrêter les accidents syphilitiques, le mercure et l'iodure de potassium leur impriment parfois un certain degré d'acuïté (3). Il ne serait même pas impossible qu'ils contribuassent à faire naître des accidents nouveaux. Bazin (4) observe que, sous leur influence,

(1) Il serait évidemment fastidieux d'examiner ici les diverses théories qui, depuis Fracastor, ont été émises sur le mode d'action du mercure dans la guérison de la syphilis. Disons que ces théories, dont on trouvera une analyse succincte dans la traduction française du poëme de Fracastor, par Yvaren (Paris, 1847, p. 287), ont nécessairement varié avec les doctrines médicales, et qu'il n'en est aucune qui puisse aujourd'hui nous paraître raisonnable.

(2) Cullerier combat la spécificité thérapeutique du mercure dans la syphilis. Voyez *Recherches pratiques sur la thérapeutique de la syphilis*, etc., par le docteur Lucas Championnière (*Gaz. médicale*, 1836, p. 623).

(3) La propriété de rendre plus aigus certains accidents syphilitiques appartiendrait non-seulement au mercure et à l'iodure de potassium. Il arrive, disent Trousseau et Pidoux (t. I, p. 337), que, sous l'influence des préparations d'or, tous les accidents syphilitiques locaux prennent un surcroît d'intensité, que même il en apparaisse de nouveaux.

les groupes tuberculeux disparaissent quelquefois d'une région pour reparaître sur une autre, et qu'il n'est pas rare de voir le traitement mercuriel déterminer de nouvelles poussées quand l'affection était déjà depuis longtemps stationnaire (1). Hutchinson a noté des faits semblables; il dit avoir vu l'iritis syphilitique se déclarer avec une grande intensité ou même envahir l'œil du côté opposé après l'emploi d'un traitement mercuriel, lors même que ce traitement avait donné lieu à la salivation. J'ai fait la même observation pour les lésions syphilitiques des viscères, et, parmi les cas rapportés dans cet ouvrage, il en est quelques-uns où des accidents plus sérieux et plus intenses se montrèrent peu de jours après l'usage d'un traitement spécifique. Dans un fait rapporté par Faurès, un traitement par l'iodure de potassium venait d'être commencé, quand survinrent des convulsions suivies d'hémiplégie. Chez un malade de Legroux, j'ai vu une hémichorée succéder à une hémiplégie peu de jours après l'emploi du calomel (2). J'ai également pu observer dans les mêmes conditions la diminution d'une hémiplégie en même temps qu'une paralysie apparaissait du côté opposé. En ce moment même, j'ai sous les yeux une jeune personne de vingt-deux ans qui, après trois jours de l'usage de l'iodure de potassium pour une ostéo-périostite de la branche montante du maxillaire inférieur, vit apparaître une exostose sur le front. De semblables faits ne peuvent inspirer des craintes sérieuses et faire suspendre la médication ; cependant ils obligent à une plus grande surveillance du traitement institué.

§ 5. — Eaux minérales. — Hydrothérapie. — Diététique.

Les moyens thérapeutiques dont nous allons parler suffisent en général pour la curation de la syphilis bénigne, et en cas de syphilis grave, ils sont de puissants auxiliaires du mercure et de l'iodure de potassium par leur tendance à ramener l'organisme malade à son véritable type.

EAUX MINÉRALES.

Bibliographie. — Th. Bordeu, *Recherches sur les maladies chroniques*, 1775, p. 294. — Patissier, *Manuel des eaux minérales de la France*. Paris 1818. — Gibert, *Traité des maladies de la peau, et Manuel des maladies vénériennes*. 1840. — Anglada, *Traité des eaux minérales*, 1833. — Dupasquier, *Eaux d'Allevard*, etc. — C. Despine, *Manuel de l'étranger aux bains d'Aix en Savoie*, 1850. — Fontan, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1845, et *Recherches sur les eaux minér. des Pyrénées*, etc. Paris, 1853, p. 380. — Vidal, *Essai sur les eaux d'Aix en Savoie*, 1851. — Engelmann, *Sur l'usage des eaux de Kreuznach dans le traitement des affections syphilitiques*. Francfort, 1849. — Dassier, *De l'emploi des eaux sulfureuses*, etc. Journal de médecine de Toulouse, année 1851. — Marc Pégot, *Essai clinique sur l'action des eaux thermales sulfureuses de Bagnères-de-Luchon dans le traitement de la syphilis*. Paris et Toulouse, année 1854. — Helfft, *Handbuch der Balneotherapie*. — Wetzlar, *Traité pratique des propriétés curatives des eaux sulfureuses d'Aix-la-Chapelle*, 1856. — Baizeau, *Mémoire sur l'influence des eaux minérales sulfureuses sur la syphilis*. Gazette médic. de Paris, année 1856. — Lambron, *Annales de la Société d'hydrologie médi-*

(1) *Leçons sur les syphilides*, p. 174.

(2) *Medic. Times and Gaz.*, 14 juillet 1860, et *Gaz. hebd.*, p. 620, même année.

(3) Pour les observations de Faurès et de Legroux, voy. L. Gros et Lancereaux, *Affections nerveuses syphilitiques*, p. 199.

cale de Paris, t. III, p. 168. — DURAND-FARDEL, *Traité thérapeutique des eaux minérales*. Paris, 1857. — PETREQUIN et SOCQUET, *Traité général pratique des eaux minérales*, etc. Lyon, 1859. — REUMONT, *Neue Beobachtungen und Erfahrungen über die Wirkung der Aachener Schwefelthermen bei Syphilis*. Deutsche Klinik, 1862. — LUDWIG-DIEMER, *Die Aachener Schwefelthermen in constitutioneller Syphilis und Quecksilber Krankheiten*. Aachen, 1862. — PIDOUX, *Sur le traitement par les eaux minérales*. Union médicale, année 1863, p. 387. — Martin LAUZER, *Des eaux thermales de Luxeuil contre le virus syphilitique*, etc. Revue de thérapeutique et Gaz. hebdomad., 1863, p. 341. — L. BLANC, *De l'action du soufre et des sulf. dans le traitement de la syphilis*. Thèse de Paris, 1867. — J. HERRERA Y RUIZ, *Memoria acerca de las aguas de Arnedillo*. Madrid, 1864. — J. SALGADO Y GUILLERMO, *Monografia de las aguas de Carratraca*. Madrid, 1864. — E. GÜNTZ, *Die Einreibungkur bei Syphilis in Verbindung mit Schwefelwassern*. Leipzig, 1872. — ARMIEUX, BILLOUT et TILLOT, dans Société d'Hydrologie méd. de Paris, 1868-69 et 1870.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que les eaux minérales interviennent dans le traitement de la syphilis. Fracastor (1) fait, dans son fameux poëme, allusion aux propriétés des eaux sulfureuses. Ces eaux néanmoins étaient peu employées par les premiers syphiligraphes, qui, pour la plupart, les regardaient comme nuisibles, sans doute à cause de la propriété qu'elles ont de développer des manifestations jusque-là restées latentes (2). L'un des premiers, Borden pressentit tout le parti qu'il y avait à tirer de l'influence des eaux thermales sulfureuses dans le traitement des maladies syphilitiques, et de nombreuses observations ont montré toute la justesse d'appréciation de ce savant médecin. Les eaux minérales prenant chaque jour une importance plus grande en thérapeutique, on n'a pas manqué d'étudier leur action sur la syphilis, comme sur la plupart des autres maladies.

Un fait acquis, c'est que les eaux thermales ne constituent point une médication spécifique de la syphilis. Ricord (3), Sigmund (4) et bien d'autres observateurs ont vu reparaître des accidents syphilitiques après leur emploi. Si dans quelques cas leur usage a été suivi de la cessation définitive des manifestations syphilitiques, cet effet, dit Lambron, s'est produit sur des sujets qui, antérieurement au traitement thermal, avaient pris pendant longtemps, avec une certaine régularité, des préparations mercurielles en quantité notable. Marc Pégot (5) croit également que les guérisons qu'il est possible d'attribuer aux eaux sulfureuses se sont produites chez des individus saturés de préparations mercurielles. Suivant une hypothèse de Lambron, les effets curatifs n'ont lieu que parce que les eaux thermales rendent aux composés albumino-hydrargyriques arrêtés dans la trame des organes la fluidité qui leur manquait pour achever la guérison. C. James rapporte, d'après Pagès, deux exemples de salivation et de stomatite d'apparence mercurielle survenues, sous l'influence des eaux de Baréges, chez des individus qui n'avaient pas pris de mercure depuis quatorze et dix-huit mois. Toute théorie mise de côté, il importe de

(1) Illa ego, quæ venas per montis hiantes
Callirhoe, haud ignota tuæ, fumantia mitto
Sulfura.

(2) Voy. Benedictus Victorius, *De morbo gallico*, dans *Aphrodisiacus*, p. 638.

(3) Cité par Durand-Fardel.

(4) Cité par Helfft, p. 507.

(5) *Loc. cit.*, p. 170.

savoir que les eaux minérales exercent sur les accidents secondaires et tertiaires les plus opiniâtres une action favorable à l'emploi de la médication spécifique. Ainsi, c'est dans des conditions données, et principalement dans les cas de syphilis rebelle avec cachexie, que la médication thermale trouve ses indications.

Les nombreuses observations rapportées par Dassier, Pégot, Despine et d'autres encore, mettent hors de doute les heureux effets des eaux minérales combinées avec les préparations mercurielles ou iodurées. Non-seulement la médication thermale combat utilement les accidents syphilitiques en rendant au mercure et à l'iode des propriétés qu'ils n'avaient plus, mais elle stimule encore l'organisme, elle rétablit les fonctions languissantes, celles de la nutrition surtout, et elle est l'un des principaux remèdes à opposer à la cachexie syphilitique (1). Un autre effet de la médication par les eaux minérales, c'est l'absence presque constante de salivation, malgré des doses élevées de mercure (2), ou encore, ainsi que l'a noté Lambron, la cessation rapide de cet accident, si déjà il s'est montré. Nous n'essayerons pas de répéter les observations des médecins qui prétendent guérir par ce moyen, ce que nous avons dit de l'évolution spontanée de la syphilis suffit pour apprécier à leur juste valeur les avantages signalés des eaux minérales indépendamment de tout traitement mercuriel ou ioduré.

Les eaux thermales ayant, comme la plupart des agents excitants, la propriété de faire apparaître les manifestations restées latentes, trouvent leur indication et leur utilité toutes les fois qu'il s'agit de savoir si un individu qui a été atteint de la syphilis est toujours sous le coup de cette maladie. M. Pégot, C. James et Lambron regardent les eaux minérales sulfureuses comme la pierre de touche de la syphilis; mais l'infaillibilité de ce moyen de vérification est loin d'être reconnue par tous les hydropathes. Ricord, Gerdy, Helfft, Durand-Fardel, ne peuvent se résoudre à admettre l'action des eaux sulfureuses comme un criterium absolu du diagnostic de la syphilis dans les cas obscurs ou douteux, et nous devons dire que nous partageons entièrement leur opinion. D'ailleurs ce ne sont pas seulement les eaux sulfureuses qui auraient la propriété de dévoiler les effets cachés de la syphilis : Durand-Fardel a vu les eaux de Plombières et celles de Vichy agir dans ce sens, et, suivant Fleckles, les bains de Carlsbad auraient plusieurs fois rappelé d'anciens accidents syphilitiques. Cependant les eaux thermales sulfureuses l'emportent sur toutes les autres classes d'eaux minérales, lorsqu'il s'agit d'aider à la curation de la syphilis ou d'en rappeler les manifestations. Les eaux sulfurées sodiques thermales de Bagnères-de-Luchon, de Baréges, d'Amélie-les-Bains, de Cauterets, d'Aix en Savoie, celles d'Allevard, d'Aix-la-Chapelle, de Weilbach, de Schinznach, d'Acqui, de Viterbe, etc., sont préférablement indiquées.

Les eaux chlorurées sodiques tiennent le premier rang après les eaux sulfureuses. Peez vante les eaux de Wiesbaden comme utiles dans les cas de syphilides, et Roturean nous apprend que les eaux de Nauheim peuvent être un

(1) Voy. Pégot, *loc. cit.*, p. 64.
(2) C. Despine, *loc. cit.*, p. 217.

adjuvant très-puissant pour combattre les manifestations secondaires et surtout les manifestations tertiaires (1). De même, Engelmann prescrit avec avantage les eaux de Kreuznach, toutes les fois que la syphilis se trouve combinée avec la scrofulose, circonstance dans laquelle elle est généralement rebelle. Nous avons lieu de nous louer en France des eaux de Salins, qui dans ces conditions produisent les effets les plus avantageux. En résumé, le traitement de la syphilis se trouve bien de l'emploi d'un certain nombre d'eaux minérales, mais surtout des eaux sulfureuses et chlorurées sodiques.

HYDROTHÉRAPIE.

Appliquée au traitement de la syphilis, l'hydrothérapie est simplement un adjuvant utile; pas plus que les eaux minérales, elle ne peut constituer une méthode particulière de traitement. Schedel avait cru à tort qu'aucun remède ne guérissait plus sûrement les accidents primitifs; mais L. Fleury fait remarquer avec justesse que Desruelles et les adversaires du mercure ont montré que les chancres guérissent chez les malades soumis à un traitement simple, et cela en quinze jours ou trois semaines, c'est-à-dire dans un espace de temps qui n'est pas plus long que celui que peut demander l'eau froide. L'hydrothérapie prévient-elle les accidents consécutifs? a-t-elle des avantages marqués sur le mercure et l'iodure de potassium? arrête-t-elle, en un mot, mieux que toute autre médication, les progrès de la diathèse syphilitique? Telles sont les questions dont il importe d'avoir la solution. Or, un cas de syphilis secondaire a été traité sans succès par Priessnitz (Scoutetten). Schedel rapporte trois cas de syphilis secondaire ou tertiaire contre lesquels le traitement hydrothérapique a aussi échoué. Lubanski ne fait pas mention de la syphilis dans son ouvrage. Bidart signale quelques cas de syphilis tertiaire guéris par l'eau froide. Baldou rapporte onze observations de malades guéris, mais la plupart incomplètes et très-peu concluantes, en sorte que la guérison de la syphilis par l'hydrothérapie n'est nullement prouvée.

L. Fleury, ne voulant pas traiter uniquement par l'hydrothérapie les malades affectés de syphilis, recourt en même temps aux spécifiques, auxquels il associe les sudations et les douches froides générales. « Dans ces conditions, dit cet auteur (2), l'hydrothérapie m'a semblé être un adjuvant précieux du traitement spécifique; elle est fort utile pour combattre la chloroanémie que l'on rencontre si fréquemment chez les malades atteints de vérole constitutionnelle; elle m'a paru aussi exercer une influence très-favorable sur la marche de la maladie, et principalement sur celle des accidents secondaires et tertiaires : cette influence s'est manifestée surtout chez les individus faibles, débilités, lymphatiques, à tendance scrofuleuse. » On ne peut nier les bons effets de l'hydrothérapie dans la première et dans la dernière période de la syphilis, surtout quand elle est compliquée d'anémie; il est à regretter seulement que cette méthode de traitement ait été trop peu expérimentée jus-

(1) *Études sur les eaux de Nauheim*, 1856, p. 120.

(2) L. Fleury, *Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie*. Paris, 1856, p. 392. — Comparez W. Winterwitz, dans *Archiv f. Dermatol. und Syphiligr.*, II, p. 206, 1870.

qu'ici. Je crois qu'elle mérite d'être employée en même temps qu'une hygiène sévère, après l'usage du mercure et de l'iodure de potassium, et qu'elle est un excellent moyen d'arriver à compléter la guérison de la syphilis.

DIÉTÉTIQUE.

Le régime a été de tout temps considéré comme un puissant adjuvant dans la curation de la syphilis. Les anciens syphiligraphes plus que les modernes y attachaient de l'importance; souvent aussi ils en exagéraient les effets. « Dans les premières années (après l'apparition de la syphilis) on défendait au malade, dit Fracastor, de quitter le lit durant un mois entier; mais depuis on s'est un peu relâché de cette rigueur. Alors aussi on ne lui accordait de nourriture que juste ce qu'il fallait pour entretenir la vie (trois onces ou au plus quatre onces de pain, deux onces de chair de poulet, une once de raisins secs). Il devait s'abstenir de vin et user, pour unique boisson, de la seconde décoction de gaïac seule ou additionnée de miel. Aujourd'hui, on est moins sévère; on permet au malade de sortir et de se nourrir plus copieusement. Toutefois, celui qui s'astreint aux prescriptions les plus rigoureuses guérit d'une manière plus sûre et plus radicale (1). » Là ne se bornait pas le régime des syphilitiques, car nous voyons le même Fracastor, dans le livre II de son célèbre poëme, conseiller encore la liberté des champs, l'air pur des collines (2), les distractions de la chasse, les travaux de la terre, les exercices de la lutte, du saut, de la paume, l'équitation, etc.

Fallope écrit sur le même sujet : « Ego vidi aliquot curatos ligno fagi, qui conjecti in triremes, atque instituta victus ratione tenuissima, laborantes, ex toto liberantur; sed iste non est usus medicus. » Brassavole a laissé un bel exemple des effets de la gymnastique dans l'histoire d'un homme qui se guérit de douleurs nocturnes en allant souvent tirer la corde de la grosse cloche de Ferrare (3). A une époque plus rapprochée de nous, Van Swieten insiste comme il suit sur l'importance de la diététique : « Vidi ipse memorabilem casum, qui me docuit, quid constans ægri animus, *cum victu penitus macilento*, ac validorum laborum tolerantia, efficere possit in lue venerea inveterata, et vix non desperata. » Et il raconte le fait que voici : Un jeune homme avait été traité quatre fois par la salivation mercurielle et trois fois par la décoction

(1) *De morbis contagiosis*, dans *Aphrodisiacus*.

(2) Protenti potius campi mihi liber et agri
Tractus, et apricis placeant in collibus auræ,
Molles zephiri, pulsusque aquilonibus aer.
Hic, jubeo, tibi nulla quies, nulla otia sunto;
Rumpe moras, agita assiduis venatibus apros,
Impiger, assiduis agita venatibus ursos.
Nec tibi sit labor aerii cursu ardua montis
Vincenti, rapidum in valles deflectere cervum,
Et longa lustrare altos indagine saltus.
Vidi ego sæpe, malum qui jam sudoribus omne
Finisset, sylvisque luem liquisset in altis. Etc., etc.

Toute la première partie du second livre de Fracastor est consacrée à la diététique.

(3) Voyez les traités de Fallope et de Brassavole dans l'*Aphrodisiacus*. — Consultez, dans le même recueil, le traité de Nicol. Massa, où se trouve l'observation de Broila Montanus.

de gaïac, et chaque fois la maladie, après avoir été dissipée en apparence, s'était manifestée par de nouveaux symptômes. Dénué de tout, abandonné de sa famille, ce jeune homme s'adressa à Van Swieten. Celui-ci le consola et promit de le soulager. Il lui conseilla de prendre un habit de paysan, et le mit, au commencement d'avril, valet d'un laboureur chez lequel il fut assujetti, uniquement pour la nourriture, aux travaux les plus rudes. Le malade ne vivait que de pain, de panais, de carottes, de pommes de terre et de quelques fruits; il n'avait d'autre boisson que du petit lait léger; il s'abstenait de viande, de poisson, d'œufs, de lait, de beurre et de fromage. Au mois d'octobre suivant, il était parfaitement guéri. Van Swieten le revit plus tard, lorsqu'il était père de plusieurs beaux enfants.

Par conséquent, à l'aide du régime, les malades, dès le XVIe siècle, parvenaient quelquefois à échapper à l'influence désastreuse du mal et du remède, le mercure, qui leur était si libéralement prodigué : au régime aussi il faut attribuer un grand nombre de guérisons qui ont été mises sur le compte des bois sudorifiques. C'est de même par le régime poussé jusqu'à la plus extrême rigueur que les habitants de l'Abyssinie (1), que les fellahs d'Égypte, que la plupart des peuples barbares étouffent leurs maux vénériens. Le régime encore guérit radicalement plusieurs centaines de soldats réduits à ne manger, pendant plusieurs mois, que de la galette et des légumes (2). C'est le régime enfin et toujours le régime qui aida à la guérison de ces milliers de malades auxquels on refusa, à une certaine époque, les bienfaits d'une médication mercurielle bien dirigée. Le régime est donc tout-puissant en fait de syphilis, et, en réalité, la diététique est tout aussi importante dans la cure des maladies chroniques que dans celle des maladies aiguës; car elle est un des principaux modificateurs de l'organisme. Cette grande puissance à laquelle il est si facile de recourir est néanmoins généralement négligée, et c'est à peine si, de nos jours, on songe à en tirer profit. Vidal (de Cassis) et Payan (3) ont, il est vrai, fixé l'attention des médecins sur les succès obtenus, dans les hôpitaux de Marseille et dans les hôpitaux d'Aix, par la diète sèche et le traitement arabique; mais on n'a pas suffisamment spécifié les cas auxquels convient cette méthode de traitement, qui a reçu le nom de *cura famis*. Appliquée sans distinction de cas, cette méthode peut être dangereuse chez les individus faibles, débilités, à tendance scrofuleuse. La diète aggrave quelquefois la maladie, tandis qu'une alimentation réparatrice et tonique devient la condition de succès du traitement (4).

Ainsi la diététique a ses règles et ses indications. L'alimentation doit être peu modifiée, car il faut respecter les habitudes du malade. Des viandes en petite quantité, des légumes, un peu de vin, rarement des alcooliques, à moins que le malade ne soit habitué à ces boissons : voilà pour le

(1) Voyez Combes et Tamisier, *Voyage en Abyssinie*, t. I, p. 279.

(2) Clot bey, *Sur le traitement de la syphilis en Egypte* (*Gaz. médicale de Paris*, 1839, p. 394).

(3) Payan, mémoire couronné par la Société de médecine de Bordeaux. *Journal de chirurg. de Malgaigne*, t. I, p. 156. — J. Benoit, *De l'efficacité du traitement arabique dans la syphilis invétérée*. Montpellier médical, 1860, nos 1 et 2.

(4) Consultez Sigmund, *Die Ernährung der Syphilitischen*. Wien. med. Presse, VII, 28, 29, 1866.

régime alimentaire. L'air, ce second aliment, ne doit pas être négligé. « Souvenez-vous, écrit Diday, que le bain d'air et de soleil, qui n'est jamais un supplément inutile, devient parfois un secours qui est indispensable à ces sujets chez qui l'action vitale languit. » Les promenades au grand air, les courses à la campagne, sont évidemment indiquées chez les syphilitiques; mais, pour être utile, l'air doit avoir certaines qualités. Nous savons que les brusques changements de température ne sont pas toujours avantageux, et qu'il n'est pas indifférent de vivre dans tel ou tel milieu. Un appartement chaud et sec, bien exposé, n'est pas chose à négliger de la part de l'individu qui cherche à se guérir de la syphilis. L'inaction est en pareil cas une fort mauvaise chose : il faut, sans vouloir exiger autant que Fracastor, que le malade continue ses occupations ordinaires ; et s'il veut se guérir définitivement, il ne fera pas mal de se soumettre à une sorte d'entraînement. L'escrime, la gymnastique, l'équitation, le tout pratiqué en plein air et avec une alimentation suffisante, sont, à notre sens, les meilleurs moyens d'opérer cette rénovation de l'organisme sans laquelle la guérison ne peut jamais être complète.

En même temps, il faut savoir éviter la fatigue et respecter les nuits : le sommeil est un besoin des plus impérieux principalement à l'âge où l'on contracte d'ordinaire la syphilis ; il doit être pris la nuit et dès neuf ou dix heures du soir. La continence est une autre mesure hygiénique que doit observer le malade ; il faut qu'il sache éviter les plaisirs de la chair ainsi que les plaisirs de la table, et n'user qu'avec la plus grande modération des femmes et du vin. Combien de fois n'avons-nous pas vu les excès alcooliques devenir la cause occasionnelle d'accidents qui ne se seraient peut-être jamais manifestés autrement ! combien de fois surtout n'avons-nous pas vu ces excès changer le caractère de la maladie, et faire d'une maladie bénigne une maladie grave ! Le tabac, et particulièrement celui qui se fume dans la pipe, cause provocatrice si fréquente des plaques muqueuses de la bouche, sera soigneusement évité. Le moral, comme le physique, mérite tous les égards du médecin ; les anciens syphiligraphes ne l'ignoraient pas. N. Massa n'oubliait pas l'hygiène morale auprès des grands seigneurs vérolés de son temps (1), et nous ne devons pas non plus négliger ce moyen auprès de nos malades : qu'ils soient de grands seigneurs ou des artisans, nous devons chercher à raffermir leur moral souvent attristé et inquiet. Toutes ces considérations, sur lesquelles je ne puis m'arrêter plus longtemps, ont leur utilité dans le traitement de la syphilis. Loin de moi la prétention de tout dire à cet égard ; le médecin ne doit pas oublier que l'avenir de son malade dépend à peu près invariablement du respect ou du mépris qu'il aura pour la rigoureuse observation du régime.

(1) Voici en quels termes il en résumait les préceptes :

« Lætentur igitur et sint jocundi, fugiant plorantes et loca tristia ; sint in jocis, cantilenis et fabulis, quæ sint delectabiles et jocundæ. Audiant sonos et voces suaves. Et stent in viridariis et cum caris amicis ; et, si sunt studiosi, legant historias, neque multum studeant, maxime materiæ difficili. (*De morbo gallico tractatus*, cap. xv.)

§ 6. — Syphilisation et vaccination.

BIBLIOGRAPHIE. — AUZIAS-TURENNE, *De la syphilisation ou vaccination syphilitique* (Archives de médecine, 1851, 4e série, t. XXVI); *De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires*, etc., in-8°, Paris, 1853; *Correspondance syphilographique*, Paris, 1860 — SPERINO, *La syphilisation étudiée comme méthode curative et comme moyen prophylactique des maladies vénériennes*: traduit de l'italien par TRÉSAL. Paris, 1856. On trouve dans cet intéressant travail un historique détaillé de la question qui nous occupe, et plusieurs mémoires des docteurs MOTTINI, ZELASCHI, GALLIGO, GAMBERINI et CALDERINI. — W. BŒCK, *Syphilisationem studeret ved Sygesengen*. Christiania, 1854; *Recherches cliniques sur la syphilisation*, Revue médico-chirurgicale de Paris, septembre 1854; *De la syphilisation appliquée aux enfants*, traduit en français par HAGEN, 1857; *De la syphilisation, état actuel et statistique*, Christiania, 1860 (en français); et Bulletins de l'Académie de médecine, années 1851, 1852. Toutes ces pièces ont été réunies en un volume sous ce titre : *De la syphilisation*, etc., 1853. — HAGEN, *De la syphilisation* (thèse de Strasbourg, 1855). — FOLLIN, *De quelques doctrines modernes sur la syphilis et de la syphilisation*. Archives de méd., janvier 1856. — J. H. GUÉRAULT, *Observ. médic. recueillies pendant le voyage du prince Napoléon dans les mers du Nord* (thèse de Paris, 1857).— Melchior ROBERT, Bulletin de la Société impériale de médecine de Marseille, n° 4, 1859, et *Nouveau Traité des maladies vénériennes*, 1861, p. 750. — BŒCK, *Note sur la théorie de la syphilisation*. Gazette hebd., n° 19, 1859. — SIGMUND, *Syphilisationen bei syphilitischen Krankheitsformen* Wien med. Wochenschr., n°s 17 et 19. 1859. — HEBRA, *Ueber Syphilisation*. Wien. med. Wochenschrift, n° 12, 1859. — HERMANN, *Zur Frage der Syphilisation*. Wien med. Wochenschrift, n°s 5, 6, 7. 1859. — LE MÊME, *Ergebnisse der Syphilisation Versuche für die Praxis*. Wien med. Wochenschrift, n°s 7 et 8, 1861. — LINDWURM, Intelligenz-Blatt, n° 13, 1860. — DIDAY, Gazette médicale de Lyon, 1860. — BŒCK, *Note sur la syphilisation*. Gazette des hôpitaux, n° 83, 1861. — WILDHAGEN, *Ueber Syphilisation*. Norsk Magazin, vol. XIV, 1860, et Behrend's Syphilidologie, Neue Reihe, vol. III, 1861. — Martin LAUZER, *La syphilisation devant la Société médicale du Panthéon*, Journal des connaiss. médico-chirurg., septembre 1861. — BŒCKER, *Die Syphilisation vom Sanitätspolizeilichen Standpunkte*. Vierteljahrshr. für gerichtch. Med. t. XX, p. 37. — MANSOUROFF, *Note sur le traitement de la syphilis constitutionnelle par les inoculations répétées du virus chancreux*. Gaz. hebd., p. 8, 1861. — FAYE, *Nogle Bemarkninger om Syphilisation eller curativ Chanckerinoculation*. Christiania, 1861. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DE CLERMONT-FERRAND, *Rapport et discussion sur la syphilisation*. Clermont, 1865. — D. J. SIMPSON, *Remarks on syphilisation or a cure for constitutional syphilis*. Edinburgh med. and surgical Journ., décemb. 1864. — BŒCK, *Conférence sur l'historique, la théorie et la pratique de la syphilisation*. Medical Times and Gazette, 10 juin 1865, et France médicale. Paris, 1865. — LEE, *Erreurs de la doctrine de la syphilisation*. Lancet, II, p. 107, 1866. — LANE et GASCOYEN, Med. chir. Transact., vol. L, p. 281, 1867. — J. MORGAN, Dublin Journal, L, p. 49, Aug. 1870.

La syphilisation est née en France. Étudiant les effets du virus syphilitique sur les animaux, Auzias-Turenne reconnut qu'après un certain nombre d'inoculations l'animal inoculé devenait réfractaire au virus chancreux, sans avoir rien perdu de sa bonne santé et sans avoir montré la moindre trace de la maladie dont le premier signe lui avait été donné à satiété. C'est à cette immunité, ou plutôt à l'état particulier de l'organisme ainsi modifié, qu'Auzias-Turenne donna le nom de syphilisation. Une lettre en date du 10 novembre 1850 annonça ce résultat à l'Académie des sciences. Auzias-Turenne ne s'arrêta pas en si beau chemin, il pensa qu'il ne serait pas impossible de reproduire chez

l'homme ce qu'il observait chez les animaux. Mais comment faire bénéficier l'espèce humaine de la découverte ? Quelques personnes vinrent tirer l'expérimentateur d'embarras en se soumettant spontanément aux inoculations. Une immunité complète ayant été obtenue chez elles, on chercha bientôt à transporter dans le domaine thérapeutique les idées théoriques d'abord exposées par Auzias-Turenne. A Turin, Sperino essaya de traiter par la syphilisation les prostituées de son syphilicome, et, vers la même époque, Boëck introduisit la syphilisation à Christiania. Depuis lors, plusieurs médecins bien connus ont mis cette méthode en pratique, tant en Suède qu'en Allemagne. En France, l'auteur d'une thèse présentée à la Faculté de médecine de Strasbourg, en 1855, s'aidant des résultats obtenus par Sperino et Boëck, chercha à réhabiliter la syphilisation déjà en grande défaveur. En 1857, H. Guérault faisait connaître les observations qu'il avait faites sur la syphilisation, dans un voyage en Norwége. Vers la fin de la même année, Melchior Robert communiqua à la Société de médecine de Marseille des expériences entreprises sur la syphilisation, et desquelles il résulte que, sous l'influence d'un certain nombre d'inoculations chancreuses ne dépassant pas 36, on peut faire résoudre assez facilement des chancres indurés, guérir des accidents secondaires et tertiaires, imprimer enfin à l'économie une modification telle que des accidents réfractaires à l'emploi des spécifiques deviennent ensuite très-sensibles à de faibles doses de ces médicaments. Ce médecin, pourtant, réserve ce moyen pour des cas exceptionnels, et lui préfère le traitement mercuriel. Diday prétend, dans une étude critique intéressante, que la syphilisation convient uniquement à certains cas de syphilis rebelle. Gibert et Bazin sont d'un avis peu différent ; mais bien d'autres médecins distingués repoussent ce procédé thérapeutique. Tout récemment, la Société médicale de Clermont-Ferrand a manifesté une tendance de ce genre dans les conclusions générales qui ont terminé une remarquable discussion sur ce sujet. Néanmoins, elle a émis le vœu que la liberté d'expérimentation fût laissée, en France, aux médecins qui se croiraient suffisamment éclairés.

La syphilisation peut être envisagée comme moyen préventif ou comme moyen curatif. La syphilisation préventive, aujourd'hui complétement abandonnée, ne peut nous arrêter ; la syphilisation curative demande seule à être examinée avec soin.

Les conditions de succès de cette méthode tiennent, selon ses adeptes, à l'application qui en est faite peu après l'apparition des symptômes constitutionnels et chez des individus vierges de tout traitement spécifique. Le procédé d'application est décrit comme il suit par le professeur Boëck : « Je prends le virus d'un chancre contracté par le coït, ou bien d'une pustule ou d'un ulcère artificiel de ceux qui sont déjà en traitement par la syphilisation. Je fais les premières inoculations aux côtés, et j'en fais trois à chaque côté. Après trois jours, trois autres inoculations à chaque côté, en prenant la matière des pustules produites par la dernière inoculation. Je continue tous les trois jours d'inoculer aux côtés, en me servant toujours de la matière des dernières pustules jusqu'à ce que j'aie un résultat absolument négatif. Alors je commence à inoculer les deux bras et je continue de la même manière qu'aux côtés, jusqu'à ce que la matière ne produise également plus d'effet. Étant par

venu à ce point, je prends la matière d'un autre individu, et je l'inocule aux côtés et aux bras, ou bien à ces deux places à la fois, et je continue avec la nouvelle matière de la même manière qu'avec la première, jusqu'à ce qu'elle n'agisse plus. Quand il y a immunité aussi pour la seconde matière aux côtés et aux bras, je commence les inoculations aux cuisses, et je continue de la même manière que sur les places déjà nommées, jusqu'à l'immunité. Sur les trois places nommées, je fais encore l'inoculation avec de la matière prise d'autres malades, jusqu'à ce qu'aucune matière dont je peux disposer ne prenne plus. » Le résultat des inoculations ne se fait pas attendre. Au bout de vingt-quatre heures, le point d'inoculation est enflé et environné d'une petite auréole d'un rouge pâle ; le troisième jour, la pustule est ordinairement bien caractérisée, et, lorsqu'elle vient à se rompre, il reste un petit ulcère rond, à bords taillés à pic, à fond grisâtre et lardacé.

Une première question se pose tout d'abord : Quelle est la nature de l'accident inoculé? A en juger par la description qui précède, il est clair que ce n'est pas le vrai chancre syphilitique que l'on transmet dans ces conditions, mais le chancre mou ou vénérien tout simplement. L'absence d'incubation et les caractères de l'accident ne laisseraient déjà aucun doute à cet égard, si l'on ne savait de plus que le phénomène initial de la syphilis constitutionnelle n'est pas réinoculable. Par conséquent, la prétendue immunité qu'on veut accorder à la syphilisation est le résultat de l'inoculation du chancre simple, et, sous ce rapport, il y aurait à contester la légitimité du mot *syphilisation*. Cette immunité n'est, du reste, que temporaire, au rapport même des principaux partisans de la syphilisation, puisque des individus réfractaires ont pu être réinoculés plus tard, et que l'on compte un certain nombre de récidives.

Cependant des médecins dont on ne peut contester le savoir et le mérite prétendent que la syphilis peut guérir par l'inoculation chancreuse ; il en est qui vont jusqu'à préférer cette méthode de traitement à toutes les autres, et à admettre que le chancre vénérien artificiellement développé peut détruire la syphilis. Nous devons donc nous demander quelle est la valeur thérapeutique de la syphilisation. Les faits, avouons-le, sont, en pareil cas, d'une interprétation difficile. Dès l'instant que la possibilité d'une guérison spontanée de la syphilis existe, il s'agit de rechercher si les cas de guérison attribués à la syphilisation ne sont pas la conséquence de la marche naturelle de la maladie. Or, pour décider dans de semblables conditions, il serait nécessaire d'avoir un terme de comparaison exact, comme de savoir au juste ce que deviennent, abandonnés à eux-mêmes, un certain nombre de cas semblables à ceux qui se trouvent soumis à la syphilisation. Seulement alors il serait permis de porter un jugement définitif sur la syphilisation. Sans le terme de comparaison dont je viens de parler, les statistiques ne peuvent rien prouver. Sur 76 individus atteints de vérole et guéris par la syphilisation, 45, nous dit-on, n'étaient affectés que de symptômes mal précisés, ils ont été mis de côté ; sur les 31 faits restants, il y eut, par suite de la syphilisation, 5 fois insuccès et 26 fois disparition des accidents. Un pareil résultat est évidemment heureux, mais, à mon sens, nullement démonstratif, et pour s'en convaincre, il suffira de jeter un coup d'œil sur les statistiques que nous ont laissées les médecins anglais relativement au traitement non mercuriel. Si même on suppose

l'efficacité thérapeutique de la syphilisation, cette méthode est loin de mettre les malades à l'abri des rechutes, et par conséquent on ne peut lui attribuer, ainsi qu'on l'a voulu, la propriété de modifier l'économie tout entière. Boëck, de Christiania, fixe le nombre des rechutes à 12 ou 13 pour 100. Les résultats obtenus par la syphilisation sur les enfants atteints de syphilis héréditaire n'ont pas été brillants. « Sur 42 enfants traités par moi, dit le médecin norwégien, 22 sont morts; mais j'ai traité tous les cas que j'ai pu rencontrer, et tout le monde sait que, chez de tels enfants, il y a souvent des affections d'organes internes qu'il n'est pas en notre pouvoir de guérir. » En résumé, l'efficacité thérapeutique de la syphilisation manque jusqu'ici de preuves suffisamment démonstratives, et si tant est que cette méthode de traitement soit utile, c'est seulement dans des cas donnés, et sans qu'il soit possible de certifier le succès. Jamais, après cela, il n'y a lieu de préférer la syphilisation aux divers traitements indiqués plus haut; du reste, il est vraisemblable que les effets thérapeutiques de la syphilisation consistent dans une action révulsive toute locale.

Cullerier voulut s'assurer du fait en faisant traiter un certain nombre de syphilitiques par les vésicatoires. Il faisait appliquer chaque jour quatre à six vésicatoires volants, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, sur la face antérieure de la poitrine; exceptionnellement il faisait mettre de grands vésicatoires, et proscrivait, du moins pour une série de malades, toute médication mercurielle ou iodique. Un des élèves de ce maître, Parisot, a consigné dans sa thèse inaugurale (1) les résultats de ce mode de traitement. Sur 22 malades atteints de syphilis primitive, secondaire et tertiaire, on put compter un certain nombre de cas de guérison auxquels la médication ne parut pas avoir été tout à fait indifférente. Ainsi, ce traitement fit disparaître des syphilides papuleuses, pustuleuses, squameuses, des plaques muqueuses, etc.; mais il resta sans succès contre les lésions plus profondes de la bouche et de la gorge. C'est sur les accidents cutanés de la syphilis, sur les syphilides papuleuses proprement dites, qu'il eut le plus de prise. Or, ces accidents superficiels sont précisément ceux contre lesquels la syphilisation réussit le mieux, ainsi qu'il est facile de s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur le relevé statistique du professeur Boëck. Comme la syphilisation, les vésicatoires, échouent fréquemment contre les accidents primitifs et tertiaires; ni l'une ni l'autre de ces méthodes n'empêche les récidives. Mais, en somme, la méthode par les vésicatoires ne devra être prescrite qu'autant que le traitement mercuriel sera sans succès et que la gravité des symptômes exigera l'emploi de moyens énergiques. Les surfaces soumises à l'action des vésicatoires prennent ordinairement un aspect en rapport avec le tempérament du malade; chez les individus lymphatiques, elles deviennent le siége de poussées inflammatoires et se couvrent de croûtes impétigineuses. Les cicatrices présentent d'ordinaire une teinte bistre plus ou moins foncée, à laquelle la syphilis n'est peut-être pas tout à fait étrangère.

Un autre procédé de révulsion (emplâtre stibié), tenté par le docteur Hjort (2),

(1) *Études sur un nouveau traitement de la syphilis expérimenté à l'hôpital du Midi en* 1857.
(2) Voyez *Magazin for Lægevidenskaben*, t. XV, liv. III.

à l'instigation de Boëck, de Christiania, a été également suivi de bons résultats, de l'aveu de ce professeur (1). Aussi, malgré l'opinion contraire de la plupart des syphilisateurs, sommes-nous conduit à ne voir dans la syphilisation autre chose que le résultat d'une action analogue à celle que peuvent produire des moyens révulsifs d'une égale puissance, et nous croyons que cette méthode de traitement n'est applicable que dans des cas particuliers qui ont résisté aux moyens de traitement ordinaires, au mercure, à l'iodure de potassium, aux ferrugineux, et même aux eaux minérales.

Je rapproche de la syphilisation la vaccination, autre méthode de traitement de la syphilis, qui a vu le jour en Russie et qui consiste à combattre cette maladie par des inoculations multiples de virus-vaccin. Importée en France par son inventeur Justin Lukomski, capitaine du corps forestier russe, cette méthode n'a pas paru fixer l'attention des chirurgiens devant lesquels elle fut expérimentée. En Russie, toutefois, elle reçut un commencement d'exécution, et d'abord on put lui attribuer quelques succès. Des observations rapportées par Yeltzinski (2) et par Kreyser (3) il résulterait que par ce moyen on aurait obtenu la disparition plus rapide des accidents primitifs, secondaires ou tertiaires. Mais dans ces faits, comme dans ceux qui ont trait à la syphilisation, il ne semble pas qu'on ait tenu compte de la marche de la syphilis abandonnée à elle-même ou du moins soustraite à l'action de tout remède dit spécifique. Le défaut de connaissances touchant l'évolution naturelle de la syphilis a pu seul conduire à l'application de ce traitement barbare. Les considérations dans lesquelles nous sommes entré tout à l'heure ont ici leur raison d'être, et si la vaccination a réellement quelque utilité, elle la doit à la révulsion que détermine la production artificielle d'un nombre plus ou moins considérable de pustules. D'ailleurs, cette méthode, portée et très-chaudement discutée, vers la fin de l'année 1860, devant la Société physico-médicale de Moscou, a été condamnée à quelques réserves près (4).

Telles sont, parmi les méthodes thérapeutiques employées contre la syphilis, celles qui ont le plus fixé l'attention. Loin de moi la prétention d'avoir tout dit sur un sujet aussi vaste ; mais je m'en console, convaincu que ce qu'il faut au médecin, ce n'est pas tant la connaissance de procédés thérapeutiques plus ou moins bizarres qu'une règle sûre et certaine pour ne pas nuire et pour savoir se rendre utile. Or si, comme je me suis efforcé de le prouver, la syphilis, de même que toutes les maladies de l'homme, a une tendance naturelle à la guérison spontanée, il est clair que le rôle du médecin (*interpres naturæ et minister*)

(1) *Recherches sur la syphilis, etc.*, Christiania, 1862, p. 473.

(2) *Radicale Heilung der Syphilis vermittel Kuhpocken vaccination.* Leipzig, 1860.

(3) *Die Vaccination als Heilmittel gegen Syphilis* (*Medic. Central-Zeitung*, 1860, t. XIX, p. 49).

(4) Voyez *Gaz. hebdom. de médecine et de chirurgie*, 1re série, t. I, p. 567, 1864. — Comparez : Behrend, *Die Vaccination als Heilmittel der Syphilis* (*Behrend's Syphilidologie*, t. III, 2e part. 1861). — Schuberg, *Versuche zur Heilung der Syphilis mittelst der Vaccination* (*Badische Mittheil.*, n° 11, 1861). — Sabborky, *Ueber die Heilung der Syphilis durch Blatterenimpfung* (*Med. Mittheil.* nos 17, 18, 19 ; 1861, et *Saint-Petersbourg Med. Zeitschr.*, t. I, p. 335, 1861).

consiste à favoriser cette tendance. L'important est de placer le malade dans les conditions les plus propres à amener cette guérison, et ainsi le premier précepte a trait à l'hygiène ; mais comme l'hygiène ne suffit plus quand des lésions viennent compromettre l'existence, les agents thérapeutiques ont alors à intervenir. Parmi ces agents, le mercure et l'iodure de potassium, avons-nous dit, méritent la préférence ; mais que l'on se garde d'en faire, ainsi que cela se voit trop souvent, une panacée universelle applicable à tous les cas obscurs, car lors même que la syphilis est nettement accusée, ces agents ont leurs indications particulières.

Si les moyens hygiéniques suffisent dans la période de l'accident primitif, le mercure est l'agent thérapeutique de la période secondaire, c'est-à-dire des lésions hypérémiques ou phlegmasiques disséminées sur les surfaces cutanée et muqueuse. Le sublimé et le protoiodure de mercure sont les préparations qui méritent la préférence ; le biiodure sera plus généralement employé contre les syphilides profondes. L'iodure de potassium, et dans quelques cas le calomel, sont des agents précieux pour combattre les lésions lentes et chroniques qui envahissent en dernier lieu les parenchymes. La durée d'emploi de ces agents est nécessairement variable, et l'on conçoit qu'il ne puisse y avoir de précepte absolu à cet égard. Règle générale, tant que leur influence sur l'économie est reconstituante et non débilitante, rien à craindre ; mais sitôt qu'ils produisent l'anémie, il convient d'en cesser l'usage. Un médicament n'est jamais chose indifférente : ou il est utile ou il est nuisible, c'est au médecin à discerner. L'effet médicamenteux une fois obtenu, il n'y a plus qu'à attendre, l'hygiène et le temps achèveront la cure. Les exercices journaliers sans fatigue, la gymnastique, les frictions cutanées, les bains et l'hydrothérapie viendront à leur tour compléter la guérison de l'organisme, qui tend naturellement à revenir à son état normal primitif.

SIXIÈME PARTIE

MÉDECINE LÉGALE

Bibliographie. — Fabre, *Traité des maladies vénériennes*, p. 15. Paris, 1773. — Bouchacourt, *Consultation médico-légale sur un cas de syphilis communiquée de l'enfant à sa nourrice par l'allaitement.* Revue médicale, 1840, et Gaz. Méd. de Paris, 1841, p. 534. — Diday, *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, etc. Paris, 1854. — Dittebich, *Neue medicinisch-chirurgische Zeitung*, 1859, et Gaz. méd. de Paris, 1865. — Cazenave, *De la transmission de la syphilis de l'enfant à la nourrice, sous le rapport médico-légal.* Ann. des maladies de la peau et de la syphilis, t. IV, p. 85. — Viennois, *De la syphilis transmise par la vaccination.* Archiv. gén. de médecine, juin 1860 et mois suiv. — Rollet, *De la transmission de la syphilis entre nourrissons et nourrices, au point de vue de la médecine légale*, Gazette hebdomad. de méd. et de chirurg., 1861, p. 589. — A. Tardieu, *Étude sur les maladies provoquées ou communiquées*, Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 2e série, t. XXI. 1864, p. 104. — Am. Ricordi, *Sifilide da allattamento*, Milano, 1865, p. 157. — Chabalier, Rapport sur un travail de M. le docteur Viennois, ayant pour titre : *Étude médico-légale sur un cas de syphilis infantile*, Gaz. méd. de Lyon, 16 juillet 1865.

La syphilis, par sa nature même et surtout par son mode de propagation, devait donner lieu à une foule d'actions et de débats judiciaires. Dès le XVIe siècle la question médico-légale est posée, et c'est aux médecins que l'on demande les lumières nécessaires pour l'éclairer et la résoudre. L'histoire mémorable, rapportée par A. Paré, d'une nourrice qui infecte son nourrisson, lequel transmet la maladie à sa mère et celle-ci à son mari et à ses autres enfants, ne pouvait guère provoquer une discussion judiciaire; mais « la nourrice eut le fouet sous la custode, et l'eust eu par les carrefours, n'eust été de crainte de déshonorer la maison. » Les documents relatifs à l'étude médico-légale de la syphilis sont rares, il est vrai, chez les premiers syphiligraphes; mais déjà des éléments importants existent sur la matière. Ainsi, pour ce qui est de la transmission de la syphilis par l'allaitement, Brassavole apprécie avec une grande justesse les deux termes de la question médico-légale : « Si infans lac exsugens, dit-il, circa os pustulas contrahat, quæ extranei coloris sint, nec curari facile valeant, judica hunc morbi gallici contagium a nutrice recepisse. E contrario, si infans a brephotrophio receptus, pustulas per corpus habeat, sitque prave affectus, et nutrix in mammis, ac

papillis, pustulas incidat, quæ facile curari non possint, judica nutricem hanc ab infante recepisse contagium. »

Plus tard, dans un traité des maladies vénériennes qui n'est pas sans importance, Fabre écrit : « On sait que les pères et mères qui ont la vérole s'attirent des procès ruineux et déshonorants de la part des nourrices qui ont été infectées par leurs nourrissons. Dans ces occasions, les juges ne peuvent prononcer que sur les consultations des médecins et des chirurgiens : il est donc important qu'ils sachent distinguer lorsque l'enfant a donné réellement du mal à sa nourrice, et lorsque la nourrice a puisé la maladie dans une autre source..... Pour porter son jugement dans cette circonstance, il faut donc examiner non-seulement l'état de l'enfant, mais encore celui de la mère ; s'il est prouvé que celle-ci avait, pendant sa grossesse, ou des chancres ou une gonorrhée virulente, ou d'autres symptômes vénériens bien caractérisés, il y a lieu de croire que le mal qui s'est manifesté à la nourrice, depuis qu'elle allaite l'enfant, vient de celui-ci. Mais outre cette circonstance, qui est essentielle, il faut encore connaître les effets et la marche du virus dans une nourrice qui l'a contracté en allaitant. La première partie qui est affectée est le mamelon..... Il survient à cette partie, d'abord une phlogose douloureuse et ensuite des boutons qui se changent en ulcères ou chancres ; très-souvent les glandes des aisselles ou celles du col se gonflent en même temps, de même que celles des aines où il survient des bubons lorsque les chancres occupent les parties de la génération. Après ces symptômes primitifs, la nourrice en éprouve d'autres qui caractérisent la vérole confirmée, comme des ulcères à la gorge, des pustules, des ulcères aux parties de la génération, qui peuvent en imposer pour un mal contracté à ces parties, etc. »

A notre avis, il est difficile d'être plus précis et plus exact sur ce sujet difficile, et aujourd'hui, malgré les acquisitions récentes de la science, nous devons souvent encore nous en tenir, à très-peu de chose près, à la saine observation de Fabre. Hunter, Bell, Swediaur, négligent complètement le point de vue médico-légal dans leurs traités, d'ailleurs si remarquables. Ce point de vue n'a pas davantage fixé l'attention de Ricord, dont les doctrines anticontagionistes touchant la syphilis secondaire et particulièrement la transmission par les nourrissons aux nourrices n'ont cependant pas toujours été goûtées des magistrats. Il est à remarquer que dans maintes circonstances les tribunaux ont prononcé des condamnations en pareille matière, et cela au moment même où les doctrines de l'hôpital du Midi étaient dans tout leur éclat.

Depuis que la transmission des accidents secondaires est un fait avéré, l'étude médico-légale de la syphilis est entrée dans une voie nouvelle, grâce surtout aux importants travaux de l'école de Lyon et à ceux de M. Tardieu. Ce professeur a réuni de nombreux documents sur la question, et en a résumé les principaux points avec une grande netteté dans un mémoire important, qui sera consulté avec fruit. M. Tardieu a pris pour base de la division de son mémoire les conditions de transmission syphilitique. Pour qui n'envisage que le point de vue médico-légal seul, rien de mieux assurément ; mais dans un travail d'ensemble, où les grandes divisions reposent sur l'évolution des accidents, il est bon, ce me semble, pour l'unité du sujet, de tenir compte de cette

évolution dans l'exposition de la partie médico-légale. Je vais, pour ce motif, examiner successivement et tout d'abord les conditions d'expertise médico-légale auxquelles peut donner lieu chacune des phases de la maladie qui m'occupe.

Accident primitif. — Cet accident étant, pour me servir d'une expression déjà employée par Rollet, comme le pivot sur lequel doit rouler toute la médecine légale de la syphilis, il importe au plus haut point dans l'espèce d'être fixé sur ses caractères. Premier effet de la contagion, le chancre apparaît au point contaminé, après une période d'incubation d'une durée qui varie entre dix-huit et trente-cinq jours ou même plus. Ordinairement unique, il ne se montre multiple que par exception. C'est d'abord un petit bouton rougeâtre ou brunâtre, indolore, parfois couvert d'une pellicule épidermique, et qui s'ulcère assez promptement. L'ulcération, néanmoins, peut manquer; elle n'est donc ni caractéristique ni essentielle. L'ulcère, lorsqu'il existe, est d'ailleurs plutôt sec qu'humide, ne donnant au début qu'une sorte d'émulsion sérogranuleuse, et ne sécrétant du pus véritable qu'à la période de réparation. Les formes en sont variables : c'est une érosion tantôt légère et presque superficielle (érosion chancreuse), tantôt plus étendue et plus profonde, creusée en godet, à surface lisse, à bords luisants, d'une teinte blanchatre avec un fond d'une couleur sombre, plus tard grise et lardacée. La base (phénomène assez particulièr) est manifestement indurée; elliptique, anfractueuse, irrégulière, à contours brusques, nets et réguliers, elle est quelquefois le siége d'une induration peu marquée, comme parcheminée. Au chancre s'ajoute presque constamment une autre lésion, celle des ganglions voisins qui se prennent et forment de petites tumeurs ovoïdes, indépendantes, mobiles, réunies en pléiades.

Tels sont les caractères généraux de l'accident primitif: ils peuvent se modifier quelque peu suivant les régions, mais ils conservent toujours une physionomie propre qui les rend partout reconnaissables. Du fait seul de la présence de cette lésion en un point de l'économie résultent par une conséquence forcée les conclusions suivantes : — Il y a syphilis, — syphilis acquise et non héréditaire, — syphilis communiquée au point même actuellement lésé.

Cette dernière conclusion, d'une importance extrême, nécessite un examen plus détaillé et des développements plus étendus, car, suivant le siége de l'accident primitif, une déduction logique conduira souvent à constater un mode différent de contagion et, dans beaucoup de circonstances, la véritable origine de la maladie. Examinons rapidement les divers cas qui peuvent se présenter :

Aux parties génitales, l'accident primitif est l'effet le plus habituel du rapprochement des sexes. Voilà son origine ; pour qu'il devienne l'objet d'expertises médico-légales, il faut qu'il y ait, soit attentat à la pudeur, soit viol, soit volonté d'un des époux d'obtenir une séparation de corps fondée sur l'injure grave (infection vénérienne). Code Napoléon, art. 231.

A l'anus, le chancre accuse des rapports contre nature, des actes de pédérastie, ou tolérés ou imposés.

Au pourtour du mamelon, à la surface du sein, il résulte le plus ordinaire-

ment de l'allaitement et remonte au nourrisson comme à sa source première. C'est un fait bien établi aujourd'hui, et d'ailleurs trop peu rare, sur lequel le médecin peut arriver assez facilement à s'éclairer malgré certaines difficultés que nous essayerons de faire connaître plus loin.

A la bouche, le chancre trahit, soit une contagion à l'aide d'objets souillés : tubes de verriers, verres à boire, cuillers, embouchures d'instruments, jouets d'enfants, etc. ; soit une infection directe de bouche à bouche, par des baisers ou d'autres contacts plus directs encore ; soit une transmission médiate, comme dans le cas d'une nourrice qui communique à son propre enfant la lésion qu'un nourrisson étranger a provoquée sur son sein.

Au nez, au pharynx, l'accident primitif n'a été observé jusqu'ici qu'à la suite de certaines opérations comme le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Au doigt et sur d'autres points de la surface du corps, le chancre révèle assez nettement son mode d'importation : ainsi on l'a vu apparaître sur la main d'un accoucheur, à la suite de manœuvres obstétricales, ou même du simple toucher vaginal ; au bras de divers sujets, après l'inoculation d'un vaccin douteux ; enfin sur d'autres parties du corps, après des opérations chirurgicales.

Dans toutes ces circonstances et dans beaucoup d'autres qui pourraient se produire, le médecin a toujours au fond le même rôle à remplir : 1° établir la réalité de la maladie ; 2° chercher la relation qui peut unir les accidents qui se montrent de part et d'autre.

Ayant fait connaître les caractères sur lesquels se fonde le diagnostic de l'accident primitif, il nous reste à indiquer les moyens propres à faire découvrir le lien qui unit cet accident à celui de la personne accusée. Il est bien entendu que cette opération ne peut avoir lieu que par la comparaison des accidents des deux parties ; mais comme, en matière civile, la visite corporelle ne peut être imposée à personne, il en résulte que, dans un certain nombre de cas, l'un des termes de son jugement faisant défaut, le médecin se trouvera tout à fait incompétent. En pareille circonstance, du reste, il est très-rare que la justice ordonne des constatations directes. Quand les constatations sont autorisées, c'est en s'appuyant sur les caractères qui permettent de reconnaître l'âge de l'accident primitif que le médecin légiste pourra arriver à déterminer l'origine du mal et par cela même à s'assurer si une liaison est possible entre les accidents qu'il est appelé à examiner. Il importe de savoir que le chancre a, comme la plupart des accidents syphilitiques, une évolution particulière, et qu'il se trouve soumis à des phases successives. Sous ce rapport, on peut lui reconnaître trois périodes : une première de courte durée, période de papulation ; une deuxième d'ulcération ou de destruction, et une troisième de réparation ou de cicatrisation. Dans chacune de ces phases, la manifestation primitive présente un aspect différent. Sans parler de la période de papulation, qui est contestée par quelques auteurs et en général de courte durée, rappelons que la physionomie du chancre ulcéré, avec son fond grisâtre, inégal, grenu, est bien différente de la physionomie du chancre qui se répare et dont la surface se trouve couverte de bourgeons charnus avec exsudation purulente, et à plus forte raison de celle du chancre cicatrisé.

Évidemment, le chancre le plus ancien doit être le chancre originel ; mais cependant il faut se garder d'être trop affirmatif sur ce point, surtout quand les accidents qui sont l'objet de la comparaison se trouvent à des périodes rapprochées l'une de l'autre. Le chancre syphilitique a, en effet, une marche plus ou moins rapide selon les âges et aussi selon les individus ; mais, son incubation étant variable, il faut, pour établir une relation entre deux accidents de cette nature, qu'il y ait entre eux une certaine différence d'âge. On conçoit facilement que les conditions dans lesquelles est placé le médecin ne lui permettent pas à cet égard autre chose que des probabilités, car il ne doit jamais se rendre responsable des coïncidences. Mais si l'on ne peut poser en principe que le premier infecté a sûrement contaminé l'autre, au moins peut-on affirmer que le dernier malade n'a pu transmettre la maladie au premier. Lorsque des accidents secondaires se rencontrent d'un côté, la tâche du médecin légiste est rendue plus facile. Effectivement, il est clair que le porteur de l'accident primitif n'a pas infecté l'autre, et une relation est certainement possible entre les accidents des deux parties. C'est ainsi qu'une nourrice atteinte d'ulcère primitif au sein ne peut être inculpée d'avoir transmis la syphilis à un enfant qui aura des plaques muqueuses à la bouche, et réciproquement. Des plaques muqueuses au mamelon de la nourrice ne peuvent être attribuées à un chancre de la bouche de l'enfant. Les propositions inverses sont du domaine du possible, disons même qu'elles sont souvent l'expression de la vérité.

Accidents secondaires. — Ces accidents, à moins qu'ils ne soient l'effet d'une syphilis héréditaire, sont précédés de l'accident primitif et n'apparaissent, en général, que six semaines ou deux mois après le début du chancre. Ils occupent la peau et les muqueuses, et consistent en des éruptions généralement étendues ou disséminées, mais superficielles et disposées en plaques ou par petits points. Il est inutile de rappeler ici les divers caractères des syphilides et des plaques muqueuses, dont il a été parlé plus haut. Observons cependant que ces manifestations sont fréquemment accompagnées d'adénopathies ganglionnaires dont les siéges multiples sont les aines, la région postérieure du cou, immédiatement au-dessous de la racine des cheveux, et quelquefois les ganglions des bras ou de la partie inférieure du cou.

De même que l'accident primitif, les manifestations secondaires témoignent de la réalité de la syphilis ; mais, pour en connaître le point de départ, il faut chercher la lésion initiale, et celle-ci, nous le savons, persiste sous forme de cicatrice quelquefois pendant fort longtemps. Toutefois, si l'examen le plus minutieux ne fait rien découvrir, comme cette lésion a dû nécessairement exister dans le cas de syphilis acquise, il faut exiger, de la part des individus, des renseignements sur l'époque de son apparition, ses caractères, sa durée, son siége, de façon à pouvoir rétablir de part et d'autre la filiation des accidents morbides et montrer la relation qui peut les unir. Si enfin il n'y avait plus aucune trace de lésion primitive, il y aurait à se rappeler que les poussées syphilitiques secondaires offrent habituellement une certaine régularité dans leur évolution. La roséole et les plaques muqueuses sont des plus hâtives ; mais cependant rien d'absolu ne peut résulter de ces données. Le

médecin renseigné sur ce point se gardera d'être affirmatif là où règne le doute : ce qu'on lui demande, ce sont les éclaircissements que comporte l'état actuel de la science, et non autre chose.

Dans le cas où des accidents secondaires s'observent d'un côté, tandis qu'il existe des accidents tertiaires de l'autre côté, il est bien évident que c'est l'individu dont les accidents sont le moins avancés qui a chance d'avoir été infecté par l'autre.

Accidents tertiaires. — Ces accidents, que caractérisent des dépôts gommeux particuliers et des ulcères profonds, ne surviennent ordinairement pas avant un an à partir du début de la syphilis, et, en général, ils sont beaucoup trop éloignés du moment de la contagion pour qu'il soit possible d'en rétablir la filiation et de se prononcer sur la source d'où ils émanent. Par conséquent, si les individus malades sont arrivés l'un et l'autre à la période tertiaire, le médecin doit se contenter de signaler la réalité de la syphilis. Il n'en serait plus ainsi si des accidents tertiaires se rencontraient chez l'une des deux parties en même temps que des manifestations primitives ou secondaires chez l'autre ; alors, évidemment, celui-ci ne pourrait être accusé de la transmission de la maladie.

Après avoir établi les données que peut tirer le médecin légiste de la connaissance des accidents syphilitiques et de leur marche, il nous reste à envisager à un autre point de vue l'étude médico-légale de la syphilis, à examiner cette maladie dans ses modes et conditions de transmission. Si la syphilis a été communiquée par rapports sexuels, la question pour le médecin, lorsqu'il s'agit d'une action judiciaire en séparation de corps, consiste à reconnaître l'existence d'accidents syphilitiques chez les époux, à en déterminer l'origine et à les rattacher les uns aux autres par les liens de la contagion, car, dit le professeur Tardieu, s'il nous arrive trop souvent dans la pratique de notre art de surprendre de pareils exemples, qui ne peuvent malheureusement nous laisser aucun doute, combien plus difficilement et plus rarement nous pouvons appliquer à ces faits toute la rigueur d'une démonstration médico-légale. Aussi, ajoute ce même auteur, je ne crains pas de formuler en thèse générale le précepte de l'abstention, sous réserve, bien entendu, de ces exceptions que saura toujours démêler la conscience de chacun.

Dans la transmission de la syphilis par allaitement, dont il existe de nombreux exemples, il est à noter que les faits produits devant la justice l'ont été le plus souvent sur la plainte de la nourrice, beaucoup plus rarement sur la plainte des parents. Dans le premier cas, fait remarquer M. Tardieu, la plainte est ordinairement tardive, d'où naissent dans la pratique des difficultés particulières, notamment l'impossibilité de rapprocher dans une commune observation la nourrice et le nourrisson, qui parfois aura succombé. Dans le second cas, les parents n'intentent qu'une action défensive ou, comme on dit, reconventionnelle, afin de repousser la responsabilité qui leur est imputée. Alors le rôle du médecin consiste à établir la réalité de la maladie et sa transmission successive d'après la date, le siège et la forme des lésions spécifiques : 1° par l'examen de l'enfant et l'appréciation des faits qui le concernent ; 2° par l'examen de la nourrice, soit directement, soit indi-

rectement. C'est dans ces renseignements indirects, souvent fort utiles, qu'il faut ranger ce qui a trait aux propres enfants et au mari de la nourrice suspectée, ainsi qu'aux autres nourrices qui auraient participé à l'allaitement du nourrisson malade.

Relativement à l'examen de l'enfant, on se rappelle ce qui a été établi plus haut, à savoir : que c'est entre le premier et le second mois que se montrent, le plus habituellement, les premiers signes de la syphilis congénitale; que l'élément contagieux et caractéristique par excellence est la plaque muqueuse, qui a pour siége le plus ordinaire l'ouverture de la bouche, les orifices des narines, le pourtour de l'anus et des organes sexuels; puis qu'il survient des éruptions de forme vésiculeuse, pustuleuse ou bulleuse, des lésions des ongles, des ulcérations interdigitales, un coryza persistant et rebelle. A ces divers accidents succède en général, comme nous le savons, un état de cachexie et de sénilité apparente plus ou moins prononcé.

Pour ce qui est de la nourrice, il convient de rechercher, autant que possible, quel pouvait être l'état de sa santé avant qu'elle eût commencé à allaiter le nourrisson suspect ; mais ce qu'il importe d'établir, c'est que l'apparition des accidents qu'elle présente est postérieure à celle de la maladie de l'enfant. Nous avons déjà dit sur quelles données le médecin doit en pareil cas baser son jugement : rappelons que le premier symptôme qui apparaisse chez la nourrice, dans le cas assez commun de transmission par un nourrisson atteint de syphilis héréditaire, consiste en un bouton induré à l'extrémité ou à la base du mamelon. Ce bouton s'ulcère, s'agrandit et se trouve bientôt accompagné d'adénopathies axillaires (1) ; plus tard surviennent les syphilides, l'alopécie, les adénopathies des ganglions cervicaux. Aucune lésion n'existe tout d'abord aux parties génitales, on n'en voit que plus tard, dans le cours des éruptions de la période secondaire. « Les enfants de la nourrice, dit avec raison le professeur Tardieu, sont alors comme une pierre de touche, très-délicate et très-sûre, que l'expert doit interroger avec soin. Plusieurs éventualités peuvent se produire. Les enfants que la nourrice a eus avant de se charger du nourrisson infecté sont et demeurent sains à toutes les périodes de la maladie de leur mère. Bien portants d'abord, ils peuvent devenir malades à leur tour, non par l'allaitement, mais par suite du contact répété et des mille voies offertes à la contagion. Si le dernier venu, comme cela arrive fréquemment, partage le sein avec le nourrisson étranger, il court toutes les chances de puiser le mal à sa source. Il est une particularité d'une très-haute importance qui, si elle se présente, est vraiment significative. Cette femme a eu, avant d'avoir nourri le petit malade, plusieurs enfants et n'en a perdu aucun; depuis cette époque elle fait des fausses couches ou ses enfants succombent en bas âge. » Quant au mari, il y a lieu de rechercher quel est son état et de le soumettre à une visite corporelle; mais il faut se garder contre le fait d'une coïncidence possible.

Une autre circonstance dont la constatation peut jeter la plus vive lumière

(1) Voyez Viennois, *Recherches sur le chancre primitif et les accidents consécutifs produits par la contagion de la syphilis secondaire*, Paris, 1860, ouvrage où se trouve une description très-minutieuse du chancre du sein.

sur l'enquête et éclaircir les doutes de l'expert est le cas où plusieurs personnes, ayant eu des rapports avec un enfant suspect, auraient présenté les symptômes d'une infection syphilitique. Ainsi un nourrisson aura pu infecter plusieurs nourrices qu'on lui aura données successivement, des membres de la famille qui se seront servis d'objets à son usage, même des personnes étrangères qui l'auraient approché, touché, embrassé. Des exemples de ce genre ont été cités par Stark, Bardinet, Diday et d'autres auteurs. On conçoit combien il est important d'examiner autant que possible, en pareil cas, ces nourrices et tous ceux qui auront eu des rapports plus ou moins directs avec l'enfant.

Les objections, après cet examen, seront peu sérieuses. Pour établir la liaison, on s'appuiera sur ce fait que chez la nourrice la syphilis a débuté par le sein à un moment où les parties génitales étaient intactes. Ce qui importe, suivant le professeur Tardieu, c'est de bien fixer à la fois l'état du sein et l'état des organes génitaux. Effectivement, quand même l'examen de ces organes serait tardif, il peut encore éclairer l'expert en lui faisant connaître le point où a débuté la maladie et la marche qu'elle a suivie.

L'évolution différente de la syphilis, suivant qu'elle est acquise ou héréditaire, est un autre point qui ne manque pas d'importance et sur lequel Rollet a insisté avec beaucoup de sens. C'est qu'en effet, si la nourrice contracte la syphilis autrement que par son nourrisson, la contagion produite chez celui-ci se manifestera par l'accident primitif, et non par des plaques muqueuses ainsi qu'il arrive ordinairement dans la syphilis congénitale, où l'accident primitif fait toujours défaut,

Comme il a été question ailleurs des différents modes de contamination syphilitique, je rappellerai simplement ici les faits, toujours très-complexes, résultant, soit du contact d'une partie ou d'un objet contaminé, soit d'inoculations accidentellement produites par la circoncision, par le tatouage, par la vaccination, par l'incurie de certains opérateurs à l'aide d'instruments malpropres, ou même volontairement pratiquées dans un but expérimental ou thérapeutique. Dans tous ces cas, dont l'étude sévère est bien faite dans le mémoire du professeur Tardieu, le rôle de l'expert est toujours le même : il consiste à établir la réalité de la syphilis et à déterminer la possibilité d'une relation entre les accidents que présentent les deux parties. Là s'arrête la tâche du médecin ; au magistrat, celle de fixer les droits de chacun.

APPENDICE

PATHOLOGIE COMPARÉE ET EXPÉRIMENTALE.

Bibliographie. — Boerhaave, *Traité de la malad. vénér.*, trad. fr., Paris, 1753, p. 16. — Hunter. *Œuvres complètes*, Paris, 1839, — Swediaur, *Traité des malad. vénér.*, t. I, p. 7, Paris, 1801. — Auzias-Turenne, *Transmission de la syphilis aux animaux*. Gaz. méd. de Paris, 1844, p. 709, 726. — Helot, de Castelnau, Jules Davasse, *Nouvelles expériences sur l'inoculation de la syphilis aux animaux*. Gazette des hôpitaux, n° 27, 1845. — Cullerier, Archives générales de médecine, 4e série, t. VIII, p. 50, 1854. — Robert de Weltz, *Deux réponses à deux lettres de M. le docteur Ricord sur l'inoculation de la syphilis aux animaux*. Wurzbourg et Paris, 1850. — Diday, *Transmission de la syphilis de l'homme aux animaux*. Gaz. méd. de Paris, 1851. — Sperino, *Traité de la syphilisation*. — Malnoury (de Chartres), dans Gazette hebdomadaire de méd. et de chirurg., 1855. — Follin, *Maladie du coït chez les chevaux et syphilis*, Archives générales de médecine, 1859. t. I, p. 332, Revue critique. — Lafosse, *Maladie vénérienne des solipèdes*, Journal des vétérinaires du Midi, nov. et décemb. 1860. Analyse dans Gaz. hebd., p. 108, 1861. — A. Ricordi et F. Dell' Acqua, Annal. univ. di medicina, vol. CC, p. 75. Milano, 1867. — Massenger Bradley, *Inoculation du pus syphilitique à des animaux*. British med. Journ., 1871. — Schmidt, *Syphilis bei Affen*, Zoolog. Klin., Francf., 1871.

Savoir si la syphilis appartient exclusivement à l'espèce humaine est une question qui depuis longtemps fixe l'attention des observateurs, et qui a sa place marquée dans cet ouvrage. Cette question est double : d'abord, existe-t-il dans certaines espèces animales (1) une maladie comparable ou identique avec la syphilis de l'homme; la syphilis, enfin, est-elle transmissible aux animaux ?

L'observation nous apprend qu'il y a chez le cheval des affections des organes génitaux transmissibles, comme chez l'homme, par l'acte génital ; et,

(1) Bien que ce soit un hors-d'œuvre, je rappellerai uniquement pour la curiosité du fait que l'un des plus anciens syphiligraphes, Ruiz Diaz de Isla, fait mention de la syphilis des choux. « A Baïza, mon pays, dit-il, j'ai observé des choux atteints de syphilis. Cette maladie leur est communiquée par les eaux stagnantes dans lesquelles a été lavé le linge des vénériens, et dont on s'est ensuite servi pour les arroser. Les excroissances de ces plantes ressemblent à tel point aux pustules du *mal français*, que les enfants les coupent avec des ciseaux et les collent sur leur visage pour simuler la maladie. Du reste, les autres plantes potagères souffrent aussi de la maladie, non moins qu'un grand nombre d'animaux. »

chose curieuse, à côté de certaines formes qui infectent l'économie et dans lesquelles la maladie se généralise à la façon de la syphilis, il en est d'autres qui n'apportent jamais chez l'individu qu'un simple trouble local. Ici reparaît par conséquent la doctrine dualiste. En Allemagne, Roloff admet deux maladies distinctes : l'une, qui n'est qu'un exanthème sans gravité, ne s'étend pas ordinairement au delà des organes externes de la génération; l'autre, qui représente une affection maligne, mérite seule le titre de *maladie du coït* (1).

Par contre, Hertwig (2) est d'avis qu'il n'y a qu'une seule maladie du coït, et qu'elle présente deux formes, l'une bénigne et l'autre maligne. Caractérisée à son début par l'apparition, sur les parties génitales externes, d'ampoules, d'ulcérations, de taches, etc., cette maladie peut s'arrêter d'elle-même ou se compliquer de troubles généraux et de phénomènes nerveux et être transmise sous l'une ou l'autre de ces deux formes.

La maladie du coït règne en Russie et en Prusse depuis la fin du siècle dernier. Observée en 1796 et 1799 dans le district de Trackhène, elle y persista jusqu'en 1801. En 1815, on la vit apparaître à Witthowo, près Bamberg; elle se montra de 1816 à 1820 dans le Hanovre, en 1817 et 1818 en Lithuanie. On la trouvait en 1821 dans diverses parties de l'Allemagne du Nord, en 1826 en Silésie, de 1827 à 1830 en Bohême et dans le canton de Berne. Elle fut observée pour la première fois en France, dans le cours de l'année 1830, par Lautour (3), qui la décrivit sous le nom de *maladie contagieuse des organes génitaux de l'étalon et de la jument*. En 1840, elle fit invasion dans la Poméranie, et c'est alors qu'elle fut observée par Roloff, inspecteur des haras de Posen (4). Vers la même époque, elle régnait en France, où elle était décrite par Dayot sous le nom d'eczéma contagieux (5); mais Balardini l'a observée dans le royaume Lombard-Vénitien (6). L'Angleterre a été jusqu'ici préservée de cette maladie. Le nord de l'Afrique en a depuis longtemps subi les atteintes; elle a été observée par Signol (7) dans la province de Constantine, et le général Daumas l'a vue sévir sur les chevaux arabes dans cette même province, où les indigènes la désignent sous le nom d'el-dourine (8). Fixée depuis l'année 1851 dans le département des Hautes-Pyrénées, cette maladie a été l'objet de recherches et d'expériences intéressantes de la

(1) Ces mêmes affections paraîtraient se rencontrer aussi dans l'espèce bovine. Toutes les vaches que couvrit un taureau sur le pénis duquel était un condylome de la grosseur d'une noisette furent prises d'un écoulement muqueux qui dura plusieurs semaines et exigea quelquefois l'emploi d'injections astringentes (*Archives de méd.*, 1840, p. 358).

(2) Voyez *Maladie de l'étalon*, dans *Magasin de médecine vétérinaire*, 1842, traduit par Baldenweck. Analysé par Delafond, *Recueil de méd. vétér.*, 1852, p 897.

(3) Voyez *Recueil de médecine vétérinaire*, 1834, p. 118; *Journal théorique et pratique*, 1832, p. 258.

(4) Voyez *Recueil de méd. vétérinaire*, 1855, p. 241.

(5) *Mem. de la Société imp. et centr. d'agriculture*, 1847-1848. — *Recueil de méd. vétér.*, 1850, p. 92.

(6) *Obs. de syphilis chez les chevaux.* (*Gazetta medica Lombarda*, 1849.)

(7) Voyez *Comptes rendus de la Société imp. et centr. de méd. vétér.*, 1853, et *Recueil de méd. vétér.*, 1854, p. 127.

(8) Voyez *Recueil de méd. vétér.*, 1855, p. 476, et *Comptes rendus de la Société imp. et centr. de méd. vétérinaire.*

part des vétérinaires de l'école de Toulouse. Prince et Lafosse (1) en ont fait une étude approfondie en ce qui concerne la contagion. Nous allons parler successivement de l'exanthème coïtal et de la maladie du coït proprement dite.

A son début, l'exanthème coïtal se montre chez l'étalon sous forme d'un œdème plus ou moins prononcé, affectant le pénis et le fourreau de la verge de façon à déterminer parfois un paraphimosis. Au bout de quelques jours, l'œdème diminue, et vers la fin du premier septénaire apparaissent des phlyctènes sur les faces latérales et inférieure de la verge ou sur le gland. Au troisième jour, en général, ces phlyctènes se dessèchent en laissant parfois à leur suite des ulcérations entourées d'une auréole rouge, et dont les bords sont tantôt lisses et unis, tantôt déchiquetés et rugueux, le fond blanchâtre ou lardacé. Ces ulcérations, qui n'intéressent jamais qu'une partie de la peau, se ferment au bout de six à huit jours et sont suivies d'une cicatrice blanche et lisse. Les symptômes généraux, comme la fièvre, la perte d'appétit, etc., sont à peine sensibles; l'érection et le coït sont douloureux. Un ou deux jours après l'accouplement, on remarque chez la jument de l'inquiétude et un certain degré d'agitation. La vulve se tuméfie en totalité ou en partie; du vagin et de la face externe des grandes lèvres s'écoule un liquide visqueux et blanchâtre, puis survient un gonflement œdémateux qui occupe le périnée et descend jusqu'aux mamelles. Vers le troisième ou le quatrième jour apparaissent sur les parties sexuelles des saillies jaunâtres ou des ampoules contenant une sérosité âcre, lésions qui se terminent enfin par des cicatrices blanches. Quelques soins de propreté suffisent, en général, pour amener la guérison de cette affection tout à fait distincte de la maladie du coït, mais qu'il est jusqu'à un certain point possible de comparer aux lésions locales des parties génitales de l'homme.

La maladie du coït procède, comme l'exanthème coïtal, par des déterminations locales que l'on peut rapprocher des indurations spécifiques de la syphilis. Le fourreau du cheval et quelquefois le scrotum sont tuméfiés, chauds et douloureux. La muqueuse uréthrale gonflée met obstacle à la miction, et l'urine est retenue dans la vessie; enfin on observe les vésicules de l'exanthème coïtal ou de légères érosions. Chez la jument, l'œdème qui se montre au périnée et à l'abdomen se transforme en une induration lardacée qui disparaît bientôt. Un liquide jaune et blanchâtre s'écoule de la vulve; plus tard, la muqueuse se tuméfie et prend une teinte grise ou marbrée; le clitoris se boursoufle et la matière sécrétée se colore en jaune verdâtre. De petites vésicules apparaissent sur les muqueuses, et Hertwig dit avoir observé deux fois des ulcères arrondis intéressant toute l'épaisseur de la muqueuse vaginale.

A ces accidents purement locaux et comparables à l'accident primitif de la syphilis succèdent des symptômes d'un autre ordre, symptômes secondaires qui marquent l'infection générale de l'organisme et surviennent quatre ou six semaines environ à partir du début de la maladie. Le poil se hérisse, la peau exhale une mauvaise odeur et le regard perd son éclat; puis des

(1) Voyez *Journal des vétérinaires du Midi*, 1853, p. 145; 1855, p. 1; 1860, novembre et décembre.

tumeurs cutanées, ayant leur siége dans l'épaisseur du derme, se montrent d'abord sur la croupe et s'étendent aux régions costales, à l'encolure et aux cuisses ; elles sont semblables aux bosselures produites par les piqûres d'insectes, affectent une forme circulaire circonscrite par un rebord bien dessiné, et ont un diamètre qui varie de 1 à 3 centimètres. Hertwig prétend qu'il s'échappe parfois du centre de ces plaques une sérosité jaunâtre, agglutinant les poils ; mais il est à remarquer qu'il s'agit ici de plaques cutanées, et non de tumeurs sous-dermiques ainsi que cela s'observe dans les affections farcino-morveuses ; du reste, absence de cordons lymphatiques et des abcès multiples propres au farcin.

Les muqueuses prennent généralement part à l'affection ; celles du nez, des bronches ou même des yeux, peuvent être injectées dès le début du mal ; les ganglions inguinaux et sous-glossiens sont parfois tuméfiés et indurés. Plus tard apparaissent des manifestations nouvelles, arthrites, paralysies du mouvement, atrophies partielles ou générales, éruptions de boutons érythémateux ou pseudo-farcineux ; et enfin, comme phénomènes exceptionnels, on peut constater encore la luxation coxo-fémorale et des fractures spontanées (Lafosse). Le train postérieur est le siége assez habituel de paralysies liées à une affection médullaire jusqu'ici mal déterminée. Cette maladie a une durée qui varie entre deux mois et trois ans, sa guérison est rare, et les animaux succombent pour la plupart à un marasme hideux. Elle sévit deux ou trois années de suite dans une localité, et la quitte d'ordinaire après ce terme pour reparaître dans des lieux plus ou moins distants.

La maladie du coït est contagieuse ; c'est un fait sur lequel s'accordent presque tous les vétérinaires, et qui est hors de doute depuis les expériences démonstratives pratiquées à Toulouse. Quinze juments parfaitement saines furent livrées à des étalons atteints de la maladie du coït et provenant du dépôt de Tarbes. Sur ce nombre, cinq ont offert à un faible degré les symptômes de la maladie et en ont guéri spontanément ; cinq ont été gravement affectées, une seule a guéri, les quatre autres ont succombé. Des deux étalons ayant sailli les juments malades, l'un est mort de la maladie du coït, l'autre n'a présenté que des symptômes peu sérieux. Ces faits peuvent évidemment se passer de commentaires. Cependant il paraît que la contagion par inoculation se fait difficilement ; beaucoup d'expérimentateurs, et Lafosse est du nombre, n'ont point réussi à inoculer la maladie par piqûre, ni même par frictions sur les parties génitales. Hertwig avance pourtant qu'il est quelquefois parvenu à transmettre le mal au moyen de la friction faite dans le vagin avec la matière virulente.

Cette maladie présente avec la syphilis une analogie assez grande pour que certains observateurs aient pensé qu'elle pouvait en dériver. L'opinion qui consiste à reconnaître une liaison causale entre les deux maladies n'est pas, il faut le dire, généralement acceptée. La plupart des vétérinaires regardent la maladie du coït comme entièrement distincte de la syphilis. Lafosse, qui partage cet avis, base son opinion sur ce que personne n'a encore signalé dans la maladie du coït les ulcères rongeants, les chancres indurés des parties sexuelles, les bubons cervicaux et axillaires, les pustules humides de la marge de l'anus, les périostoses, les exostoses, etc. Ces considéra-

tions ne sont pas sans valeur, et je pense, avec le professeur de Toulouse, qu'il est seulement possible d'établir un rapprochement entre les maladies en question. Cependant, un fait raconté dernièrement par H. Bouley (1) tendrait à faire supposer que le doury (maladie du coït) pourrait peut-être bien quelquefois provenir de la syphilis humaine. Un individu, cédant à une opinion vulgaire et désireux de se guérir d'une affection syphilitique de la verge, introduisit cet organe dans le vagin d'une ânesse qui, plus tard, communiqua la maladie du coït à un baudet, lequel la donna à son tour à d'autres femelles. Disons pourtant que, malgré ce fait, M. Bouley ne croit pas à l'identité de la maladie du coït avec la syphilis.

Au résumé, il existe chez les animaux, et particulièrement dans les espèces chevaline et asine (2), une maladie transmissible par l'acte sexuel ; mais, malgré de nombreux points de contact, cette maladie diffère de la syphilis de l'homme. Du reste, il n'est pas prouvé que la syphilis puisse se transmettre de l'espèce humaine aux espèces animales.

Contrairement à Van Helmont, dont nous avons déjà fait connaître les opinions sur l'origine première de la syphilis, Hunter (3) soutenait que le virus syphilitique avait pris naissance dans l'espèce humaine, et qu'on ne connaissait aucun autre animal que l'homme qui pût en être infecté. Turnbull, Babington, Ricord, de Castelnau (4) et d'autres observateurs ont en vain cherché à inoculer la syphilis aux animaux. La question semblait définitivement jugée, lorsque, en 1844, Auzias-Turenne parvint à transmettre à un jeune singe jusqu'à dix ou douze chancres parfaitement caractérisés (5) ; mais il est clair que le nombre de chancres inoculés n'indique en aucune façon qu'il y ait eu transmission de la syphilis constitutionnelle. Aussi des expériences tentées en 1845 par Cullerier (6) l'ont-elles conduit à reconnaître que la syphilis ne pouvait être communiquée aux animaux. Comme il importait de savoir si les prétendus accidents transmis de l'homme au singe étaient susceptibles de se greffer de nouveau sur l'homme, Robert de Weltz (7) tenta, en 1850, l'expérience sur lui-même. Avec le pus provenant d'un accident développé sur un singe et sur un chat à la suite de l'inoculation d'un chancre humain, cet

(1) *Bullet. de l'Académie de médecine*, numéro du 20 septembre 1864.

(2) Voyez, Vital, *Gaz. méd. de l'Algérie*, 1863. — P. Garnier, *Union médicale* même année.

(3) Hunter, *Traité de la maladie vénér.*, traduit par G. Richelot, Paris, 1860.— Boerhaave (*Traité de la maladie vénér.*, trad. franç., Paris, 1753) raconte, d'après les *Éphémérides des curieux de la nature*, qu'un chien périt sur-le-champ pour avoir avalé la salive d'une personne traitée de la syphilis. — Swediaur (*Traité des maladies syphilit.*, Paris, 1801, p. 7) dit avoir vu des chiens affectés de gonorrhée et d'ulcères à la verge, comme aussi des étalons ; mais rien ne prouvait qu'il s'agissait bien d'accidents syphilitiques. — D'après des expériences qu'il a faites, Turnbull dit que les chiens ni les lapins ne sont susceptibles d'être affectés du virus syphilitique par inoculation.

(4) De Castelnau, *Recherches sur l'inoculation*. Paris, 1841, p. 479.

(5) Communications à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine ; voy. *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1844, t. X, p. 212.

(6) *Archives générales de médecine*, 4e série, t. VIII, p. 54, 1845. — Jules Davasse, *Nouvelles expériences sur l'inoculation de la syphilis aux animaux* (*Gaz. des hôpitaux*, 6 mars 1845).

(7) Ricord, Lettres XV et XVI, dans *Lettres sur la syphilis*, et *Union méd.*, 1850. — Robert de Weltz, *Deux réponses à deux lettres de M. Ricord*, etc. Paris, 1850. — Voyez en outre : *Gaz. méd.*, 1850, p. 544. — Auzias-Turenne, *ibid.*, p. 841.

observateur se fit quatre inoculations sur les bras, et il obtint des chancres qui se développèrent pendant quelques jours et furent ensuite cautérisés. L'année suivante, Diday (1) inocula également avec succès, sur l'homme, le pus provenant d'un chancre existant sur un chat. Les résultats de toutes ces inoculations furent des chancres mous et non des chancres syphilitiques. Depuis lors, plusieurs expérimentateurs ont en vain essayé l'inoculation de la syphilis aux animaux, ils ne sont jamais parvenus à déterminer chez eux que des accidents locaux. Melchior Robert, ayant entrepris des expériences à ce sujet, n'a pu obtenir de manifestations constitutionnelles. Maunoury (2), en introduisant dans le tissu cellulaire des lapins des fragments de chancres indurés enlevés à des malades, n'a réussi, comme Sigmund de Vienne et Basset (3), qu'à produire des lésions locales. Ricordi et F. Dell' Acqua, comme aussi Horand et Peuch (4) n'ont obtenu que des résultats négatifs. Cependant Ch. Legros, après quelques expériences également négatives sur des chiens et des rats, est parvenu à produire sur des cochons d'Inde des manifestations locales au point d'inoculation, et une fois des lésions générales que l'on pourrait être tenté de rattacher à la syphilis.

Un cobaye reçut sous la peau d'une cuisse un fragment de chancre induré, le 1er novembre 1867; il présenta, quinze jours plus tard, au niveau du point inoculé, un ulcère qui se couvrit bientôt d'une couche sèche, grisatre, et s'étendit peu à peu. Le 7 décembre, cet animal, présenté à la Société de biologie, portait un ulcère à base indurée, de l'étendue d'une pièce de deux francs, recouvert d'une croûte noire et sèche; quelques-unes des glandes lymphatiques de l'aine étaient tuméfiées et indurées. Dans le courant de janvier, le chancre commence à se cicatriser, mais en même temps l'animal s'affaiblit et maigrit, ses poils tombent, ses pattes sont affectées de petits ulcères superficiels assez analogues aux érosions qui succèdent aux bulles de pemphigus; les régions des aines sont le siége d'ulcères multiples, de ganglions indurés et de tubercules cutanés. Le 17 avril 1868, cet animal meurt à la suite d'un dépérissement progressif, et m'est confié pour en faire l'autopsie. La plupart des glandes lymphatiques des aines, celles qui entourent le tronc cœliaque, les ganglions de la partie postérieure du cou et des régions sous-maxillaire et axillaire sont tuméfiés et indurés. Toutes ces glandes présentent une abondante prolifération des éléments conjonctifs. Il existe dans les couches profondes du derme, au niveau des flancs et au voisinage de l'anus, trois petites tumeurs arrondies, grisâtres, ramollies à leur centre et d'une grande ressemblance avec les tumeurs gommeuses cutanées de l'homme. L'un des épididymes est en outre le siége

Fig. 12. — Épididymite consécutive à l'inoculation d'un chancre syphilitique chez un cobaye. Cette figure représente le testicule tout entier.

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 809.
(2) *Gazette hebd.*, 1855, p. 548.
(3) Voy. Rollet, *Recherches sur la syphilis*, p. 11, 1861.
(4) *Rech. expér. pour servir à l'hist. des mal. vén. chez les animaux* (Voy. *Arch. gén. de méd.*, juillet 1873, p. 92).

d'une tumeur arrondie, ferme, jaunâtre, falciforme, du volume d'un gros pois (voy. fig. 12). Le foie est volumineux, cicatrisé à sa surface et infiltré de petites tumeurs jaunâtres, situées à la périphérie des lobules et formées de noyaux ronds et de cellules embryonnaires (1). Avec des lésions analogues, sinon semblables, à celles de la syphilis humaine, ce fait présente assez bien, à part sa marche rapide, la succession des accidents propres à cette maladie, et cependant il ne prouve pas d'une façon absolue que la syphilis puisse être transmise au cochon d'Inde. En effet, pour qui connaît la tendance de cet animal à faire des néoplasies sous l'influence des plus légères irritations, une contre-épreuve serait absolument nécessaire pour entraîner la conviction. Deux faits de Massenger-Bradley (2), dans lesquels il s'agit d'accidents de syphilis constitutionnelle transmis par inoculations syphilitiques pratiquées une fois à un jeune cochon, une autre fois à un chat, sont passibles de la même objection. Dans d'autres cas, ce même expérimentateur, inoculant toujours du pus syphilitique, n'aurait eu que des chancres mous, ou même de simples abcès.

Il y a quelques années, la question de la syphilis animale fut agitée devant l'Académie de médecine. Le docteur Vernois (3) cita un fait tendant à établir la transmission de la syphilis humaine aux animaux. Un chat qui avait l'habitude de manger de la charpie imprégnée des matières sanieuses et purulentes des chancres, des plaques muqueuses et des ulcères vénériens provenant des malades de l'hôpital du Midi, succomba à une cachexie syphilitique, après avoir longtemps présenté sur les lèvres et dans la gueule des ulcérations caractéristiques. On découvrit à l'autopsie plusieurs os atteints de périostoses, d'exostoses et de caries. Mais ce fait n'est pas seulement unique, il n'est pas tout à fait irréprochable, ce que n'ont pas manqué de faire ressortir MM. Ricord et Velpeau (4).

M. Depaul (5) annonça qu'il avait vu des cas de transmission syphilitique de l'homme au singe, et même à d'autres espèces animales. D'un autre côté on aurait observé chez des singes du Jardin zoologique de Manchester une affection contagieuse des parties génitales ; mais les ulcères et autres lésions attribués dans ce cas à la syphilis peuvent bien avoir une tout autre origine, comme par exemple les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvaient placés ces animaux. Ainsi l'observation, pas plus que l'expérimentation, ne prouve d'une façon certaine l'existence de la syphilis constitutionnelle chez les animaux. Ajoutons que la transmission du chancre mou à l'espèce animale n'est pas mieux démontrée, car si l'on a pu déterminer par l'inoculation du chancre mou des lésions locales ulcéreuses, il faut dire aussi qu'on est parvenu à produire des lésions analogues ou semblables à l'aide d'un pus non spécifique. En effet, Lichtenstein (6) affirme que la lymphe prise

(1) Lancereaux, *Treatise on syphilis* (traduction anglaise, par G. Withley), t. II, p. 370, London, 1870.

(2) Massenger-Bradley, *Inocul. du pus syphilit. à des animaux*, British med. Journ., 1871.

(3) Voy. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 13 septembre 1864.

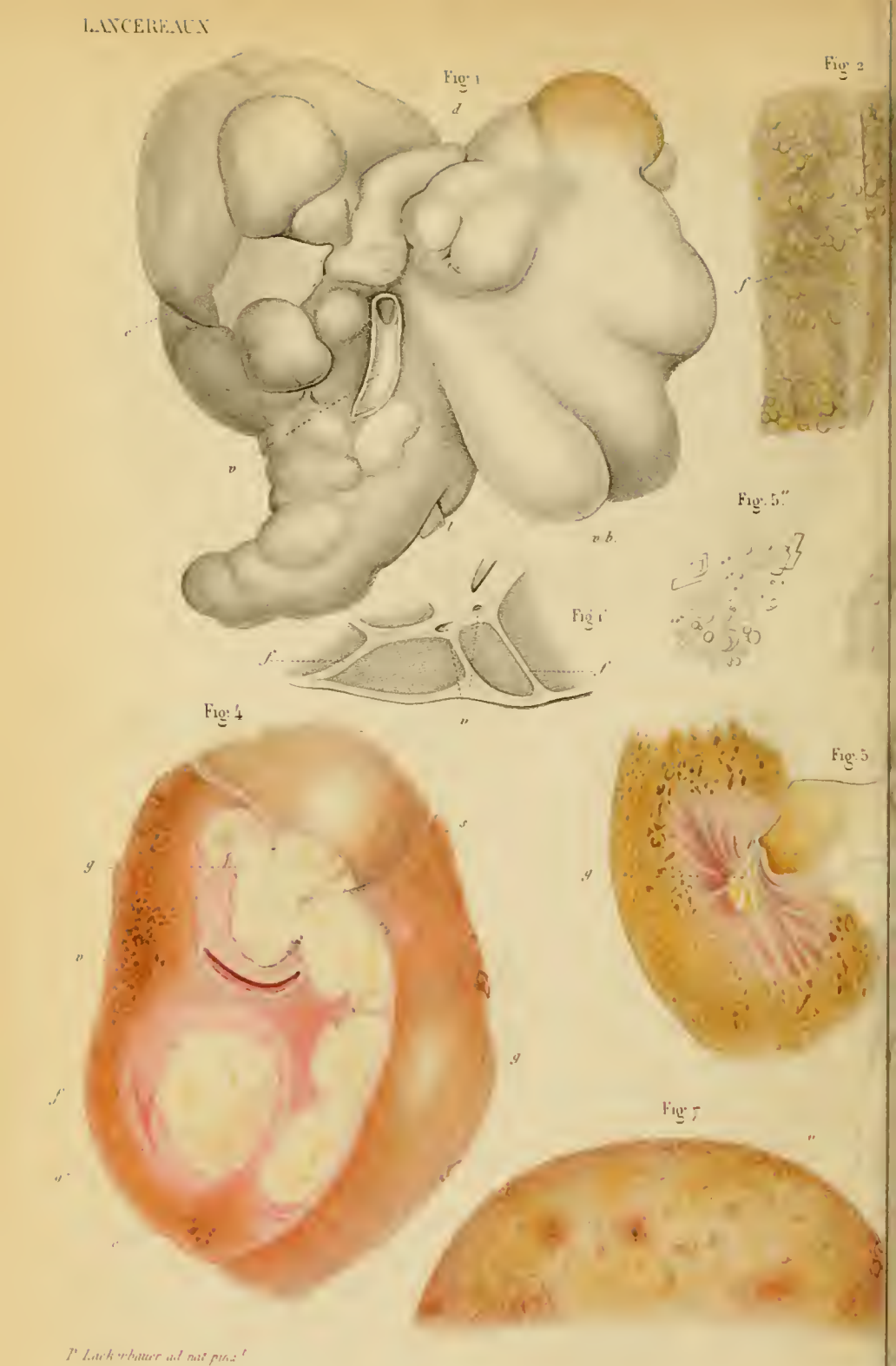
(4) *Transmission de la syphilis de l'homme aux animaux.* (*Bullet. de l'Acad. de médecine*, séance du 20 septembre 1864).

(5) Depaul, *Gaz. méd.*, 443, 1867.

(6) *Journal de Hufeland.*

dans les pustules produites par les frictions avec le tartre stibié est inoculable, et le docteur A. Renzi prétend être parvenu à inoculer l'ecthyma simple et le pus provenant de piqûres de sangsues. Après ces expériences, on se demande si un pus quelconque ne pourrait produire les mêmes effets, et il est permis de conserver des doutes sur la réalité de la transmission du chancre mou de l'homme aux animaux. Toutefois, si le procès n'est entièrement jugé pour aucune de ces maladies, on ne peut contester que l'animal ne soit un terrain fort peu approprié au développement de la syphilis; et si tant est que cette maladie puisse germer dans son organisme, elle ne tarde pas à s'éteindre sur place. La vraie syphilis, celle dont nous venons de parcourir toutes les phases, est donc, en définitive, le triste apanage de l'humanité.

FIN



T. Lackenbauer ad nat. pinx.

Lesions du Foie des Tuberc

Fig. 5

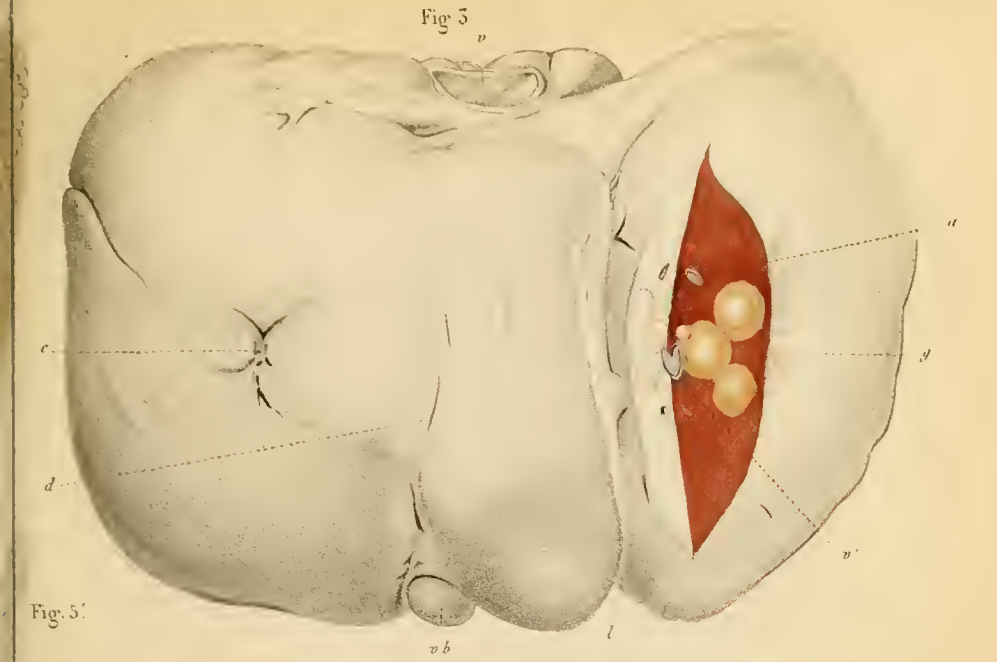


Fig. 5'

Fig. 8'

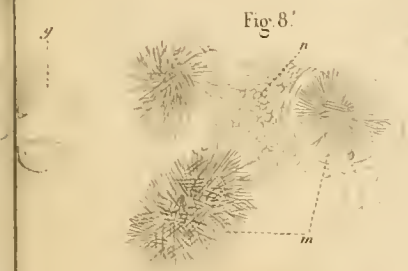


Fig. 6

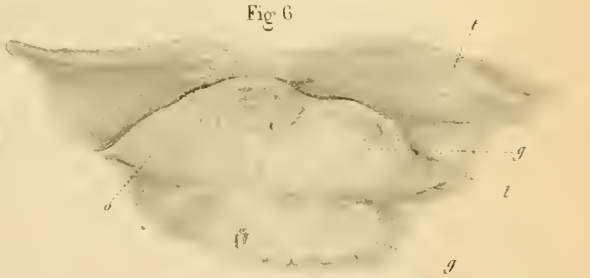


Fig. 8

Fig. 9

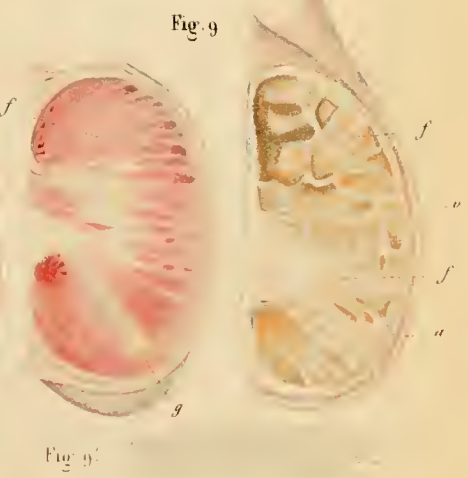


Fig. 9'

Annedouche sc

Ile de l'Ovaire et du Rein

EXPLICATION DES PLANCHES

Planche I.

Fig. 1. — Hépatite syphilitique diffuse (cirrhose syphilitique), un tiers de la grandeur naturelle. Le foie, vu par sa face concave, est considérablement déformé. — *d*, bord droit : *v b*, vésicule biliaire ; *l*, ligament suspenseur: *v*, veine porte ; *c*, dépression cicatricielle. Ces dépressions, très-marquées à la surface convexe, sont le siége de lames membraneuses qui font adhérer le foie avec le diaphragme. (Obs. XXIX, p. 330.)

Fig. 1'. — Section du même organe. *f f*, cloisons fibreuses épaissies, principal siége de l'altération ; *v*, vaisseaux.

Fig. 2. — Hépatite alcoolique diffuse (cirrhose alcoolique). *f*, surface convexe, *c*, surface de section. Tout ce qui est lisse et grisâtre représente le tissu fibreux épaissi ; les grains jaunâtres sont les acini altérés rendus saillants par suite de la rétraction du tissu connectif de nouvelle formation. (Voyez l'observation dans *Gaz. hebd.*, 1864, n° 33, p. 548.)

Fig. 3. — Tumeurs gommeuses et cicatrices syphilitiques du foie (hépatite gommeuse). *v*, veine cave : *v b*, vésicule biliaire ; *l*, ligament suspenseur ; *c*, cicatrice étoilée ; *d*, cicatrice allongée ; *a*, coupe destinée à montrer en *g* trois tumeurs gommeuses de consistance caséeuse ; *v'*, vaisseau. Moitié de la grandeur naturelle. (Obs. XXX, p. 341.)

Fig. 4. — Portion de foie envahie par des dépôts gommeux multiples ; *v*, vaisseau ; *s*, surface convexe ; *c*, parenchyme hépatique ; *g g*, dépôt gommeux ; *g'*, dépression, sorte de petite excavation dans l'épaisseur de ces dépôts : *f*, tissu fibreux circonscrivant ces dépôts et leur formant une sorte de zone qui persiste après la résorption et plus tard constitue la cicatrice. (Obs. XXXI, p. 346.)

Fig. 5. — Petit fragment d'un foie très-volumineux par suite de dégénérescence amyloïde et graisseuse. Des gommes multiples *g g* s'observent à sa surface. Toutes ces productions sont enveloppées d'un tissu fibreux qui par une sorte de petit tendon va adhérer au diaphragme. (Obs. XXV, p. 272.)

Fig. 5'. — Fibres de tissu conjonctif, et noyaux provenant des couches périphériques des précédentes tumeurs.

Fig. 5". — Noyaux arrondis, globules graisseux et cristaux de cholestérine venant de la partie centrale de ces mêmes tumeurs.

Fig. 6. — Cette figure, que nous devons à l'obligeance du professeur Richet, représente un ovaire altéré par la syphilis : *t*, trompe d'Eustache ; *o*, ovaire incisé en deux moitiés ; *l*, ligament de l'ovaire ; *g*, dépôt gommeux.

Fig. 7. — Partie supérieure du rein droit (Obs. XXIX, p. 330). Ce rein, volumineux, d'un aspect lardacé, offre en même temps qu'une dégénérescence amyloïde un épaississement de la trame de substance conjonctive ; *v*, vaisseaux étoilés de la surface. Moitié de la grandeur naturelle.

Fig. 8. — Testicule syphilitique : *t*, tunique vaginale ; *a a*, adhérences de cette tunique avec la tunique albuginée ; *g g*, masse gommeuse ayant envahi le testicule tout entier et amené la destruction complète de ses éléments. (Obs. XXV, p. 272.)

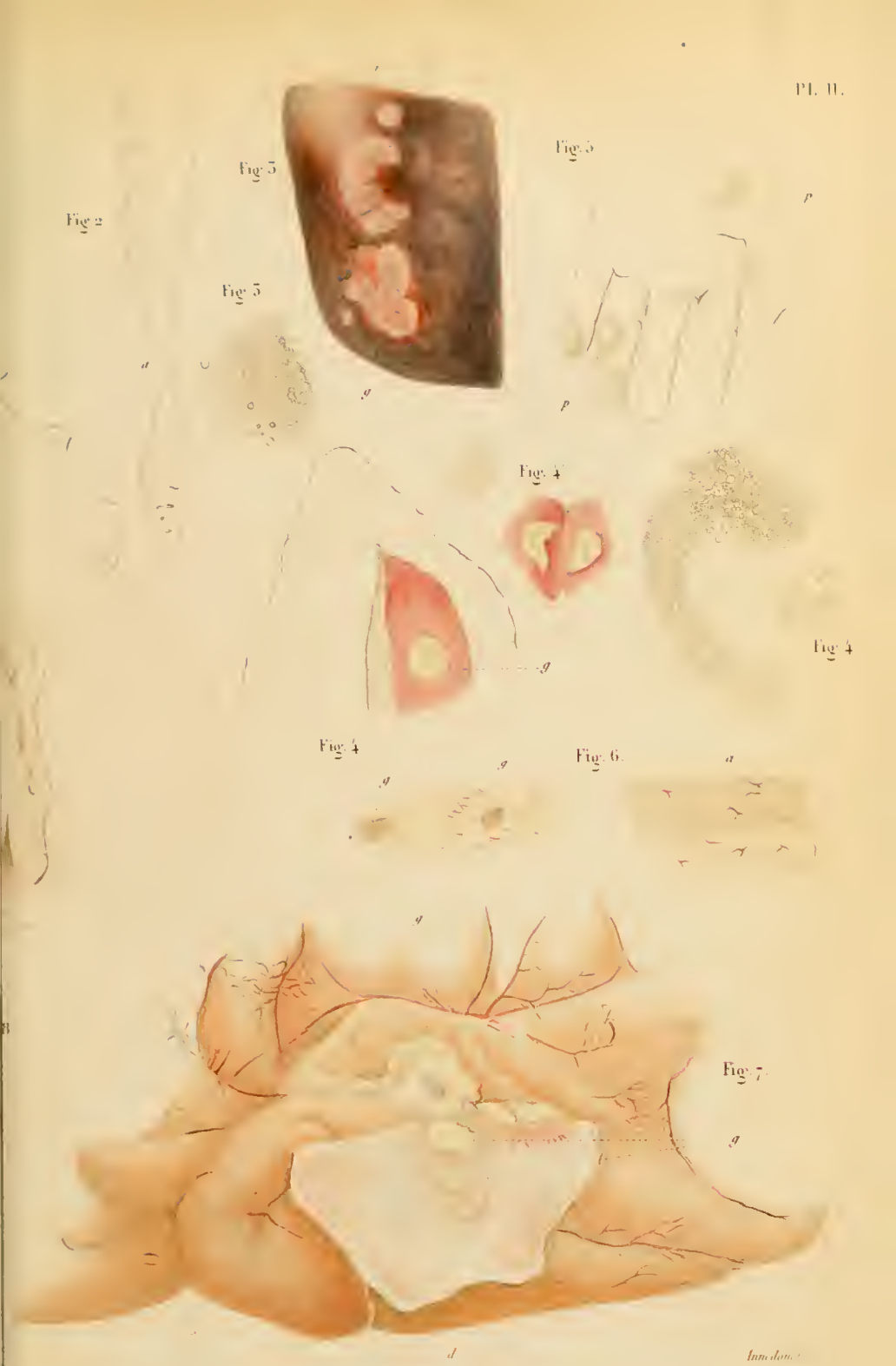
Fig. 8′. — *n*, noyaux arrondis ; *m*, cristaux de margarine provenant de la masse gommeuse ci-dessus et vus au microscope.

Fig. 9. — Orchite syphilitique avec dépôts gommeux. Deux moitiés de testicule provenant du même individu (Obs. XL, p. 393). *v*, tunique vaginale adhérente ; *a*, tunique albuginée notablement épaissie ; *f f*, tractus fibreux dus à l'épaississement des cloisons qui émanent de la tunique albuginée ; *g*, dépôt gommeux. — Les canalicules séminifères existent encore, mais ils sont altérés.

Fig. 9′. — Noyaux et cellules allongées provenant de la tumeur ci-dessus.

LANCEREAUX

Lesions du Cœur d



Poumons et du Cerveau

Planche II.

Fig. 1. — Myocardite gommeuse. Portion du cœur gauche à la surface interne duquel on voit saillir en *g g* de nombreuses tumeurs du volume d'un pois ou d'une petite noisette. — *g'*, l'une de ces tumeurs fendue en deux moitiés par une section de la paroi de l'organe ; à la coupe cette tumeur a la forme d'un croissant, elle est circonscrite par une zone de tissu fibreux ; *f f*, bande fibreuse interposée aux couches musculaires ; c, colonne charnue ; *c'*, section transversale destinée à faire voir l'infiltration gommeuse dont elle est le siége. (Obs. XL, p. 393.)

Fig. 1'. — Fibres musculaires du même organe, atteintes de dégénérescence graisseuse ; *g*, granulations graisseuses.

Fig. 2. — Cicatrices syphilitiques d'une bronche avec rétrécissement en *a*. (Obs. XXVII, p. 318.)

Fig. 3. — Infiltration et dépôts gommeux, *g g*, dans l'épaisseur et à la périphérie du parenchyme pulmonaire d'un adulte. (Obs. XXVII, p. 318.)

Fig. 3'. — Noyaux arrondis, cellules et fibres de tissu conjonctif provenant des masses ci-dessus.

Fig. 4. — Nodule gommeux, *g*, dans l'épaisseur du poumon d'un enfant nouveau-né. (Voyez p. 560.)

Fig. 4'. — Autres petits dépôts gommeux.

Fig. 4". — Cellules ovoïdes et allongées, fibres de tissu conjonctif et granulation graisseuses provenant des dépôts ci-dessus.

Fig. 5. — La main du même enfant, présentant à sa surface des bulles de pemphigus. (Voyez p. 560.)

Fig. 6. — Plaque jaune, *a*, du corps strié ; petits dépôts gommeux, *g g*, dans l'épaisseur de la substance cérébrale. (Obs. XLIX, p. 356.)

Fig. 7. — Dépôt gommeux, *g*, situé à la périphérie de l'encéphale et adhérant à la dure-mère, *d*, rabattue ; *s*, scissure de Sylvius. (Obs. XXVIII, p. 256.)

Fig. 8. — Cicatrice linéaire, c, dans l'épaisseur du cerveau ; *s*, section perpendiculaire destinée à montrer l'étendue de la cicatrice ; *c'*, autre cicatrice à la surface de l'une des circonvolutions du même cerveau. (Obs. XL, p. 302.)

Fig. 8'. — *a b c d*, dessins microscopiques de la substance de la cicatrice et de la substance nerveuse du voisinage. En *c*, tissu fibroïde cicatriciel, avec noyaux allongés après addition d'une petite quantité d'acide acétique.

Planche III.

Fig. 1. — Tumeurs gommeuses multiples du foie. *A*, lobe droit ; *B*, lobe gauche ; *v b*, vésicule biliaire ; *v*, veine cave ; *ggg*, dépôts gommeux faisant saillie à la surface de l'organe, *s s s*, sillons cicatriciels ayant amené une déformation considérable du foie ; *f f*, fausse membrane de la face convexe adhérant au diaphragme ; *l s*, toile fibreuse reliant au foie le petit lobule *B*. Deux cinquièmes de la grandeur naturelle. (Obs. XXII, p. 203.)

Fig. 2. — Section perpendiculaire en *g'* du foie de la fig. 1 ; *g*, dépôts gommeux circonscrits par un tissu fibreux ; *v*, veine cave ; *v'*, autre vaisseau.

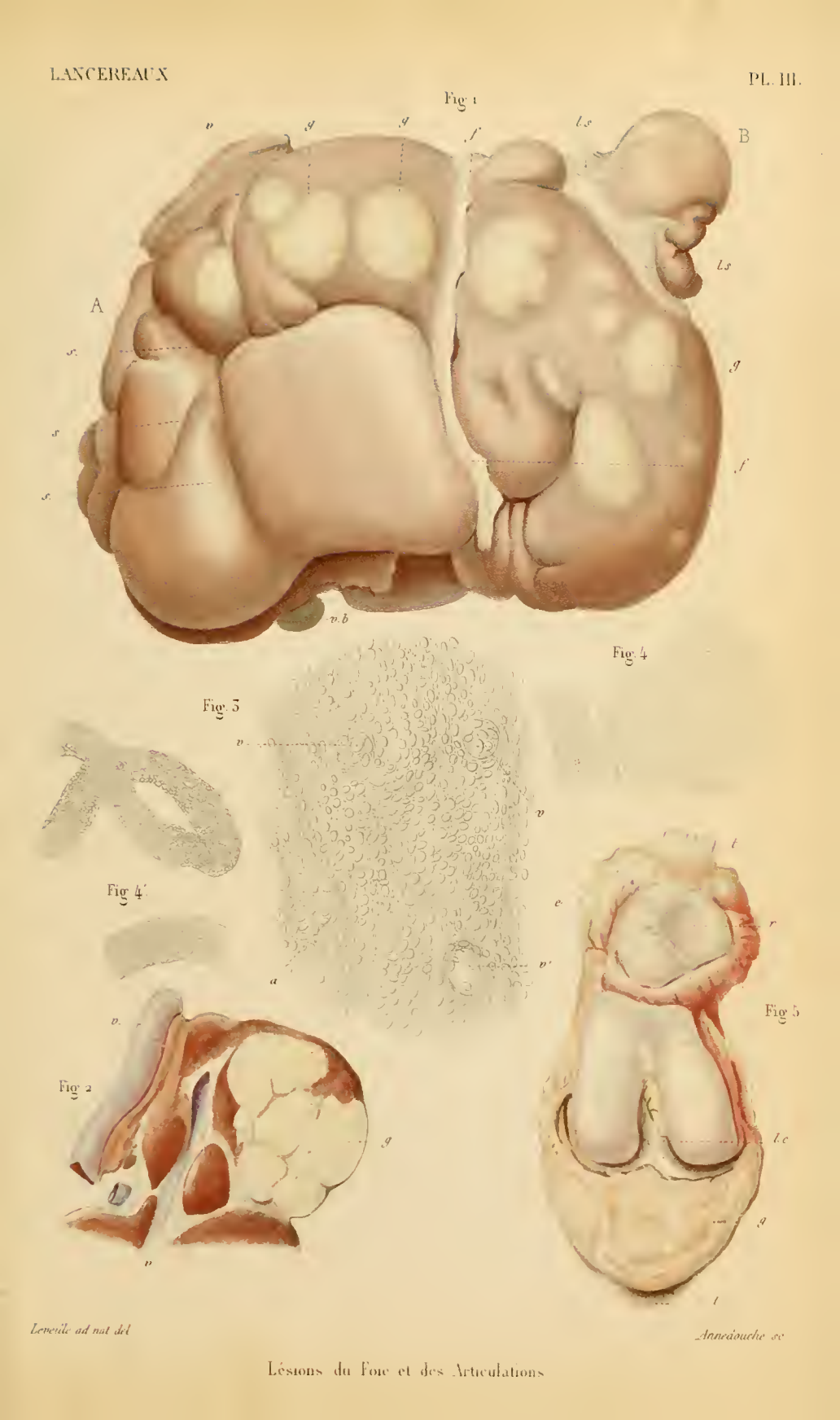
Fig. 3. — Dessin microscopique fait par le docteur Cornil de l'un de ces dépôts gommeux. *a*, noyaux situés dans une substance fondamentale dense et fibrillaire ; *v v*, noyaux groupés sous forme d'amas circulaires ; *v'*, groupe semblable aux précédents, mais dont le centre est vide. Grossissement, 220 diamètres.

Fig. 4. — Glomérule de Malpighi provenant d'un rein de nouveau-né syphilitique. Le glomérule et le tube urinifère qui en émane ne paraissent pas altérés.

Fig. 4'. — Tubes urinifères provenant du même rein et manifestement atteints de dégénérescence granulo-graisseuse. (Voyez p. 420.)

Fig. 5.—Arthrite gommeuse du genou gauche provenant du même malade que le foie représenté fig. 1. *t*, tendon rotulien ; *r*, rotule érodée en *e* ; *l c*, ligaments croisés ; *g*, masse gommeuse située entre le tendon rotulien et la synoviale articulaire ; cette masse a la même structure que les gommes du foie. Épanchement séreux articulaire. (Obs. XXII, p. 203.) Deux cinquièmes de la grandeur naturelle.

FIN DE L'EXPLICATION DES PLANCHES.



Leveille ad nat del

Annedouche sc

Lésions du Foie et des Articulations

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE V
PRÉFACE DE LA PREMIÈRE ÉDITION VII
SYNONYMIE IX

PREMIÈRE PARTIE.

Historique.

CHAPITRE I. — LA SYPHILIS DANS L'ANTIQUITÉ 6
§ 1. — *De la syphilis chez les peuples de la Chine et de l'Inde* 6
§ 2. — *De la syphilis chez le peuple juif, les Grecs et les Romains* 8

CHAPITRE II. — LA SYPHILIS AU MOYEN AGE 13

CHAPITRE III. — ÉPIDÉMIE SYPHILITIQUE DE LA FIN DU XVe SIÈCLE. — SYPHILIS DE LA RENAISSANCE 16

CHAPITRE IV. — ENDÉMO-ÉPIDÉMIES SYPHILITIQUES POSTÉRIEURES A CELLE DU XVe SIÈCLE. 21
§ 1. — *Maladie de Brünn* 21
§ 2. — *Pian, Yaws, Framboesia* 22
§ 3. — *Sibbens d'Écosse* 22
§ 4. — *Radesyge de Suède et de Norvège. — Maladie de Ditmarsch, etc.* 25
§ 5. — *Bouton d'Amboine. — Maladie de Sainte-Euphémie. — Pian de Nérac* .. 25
§ 6. — *Maladie de la baie de Saint-Paul ou Syphiloïde du Canada, Mal anglais, Maladie des éboulements, etc* 29
§ 7. — *Endémo-épidémies syphilitiques des côtes de la mer Adriatique. — Falcadina. — Scherlievo. — Male di Breno. — Frenga, etc* 30
§ 8. — *Maladie de Chavanne-Lure, et de quelques épidémies plus récentes* 32

CHAPITRE V. — DISTRIBUTION GÉOGRAPHIQUE DE LA SYPHILIS 34
§ 1. — *Europe* 34
§ 2. — *Asie* 39
§ 3. — *Océanie* 42
§ 4. — *Afrique* 43
§ 5. — *Amérique* 47

DEUXIÈME PARTIE.

Nosographie.

DÉFINITION ET DIVISION 55

I. — **SYPHILIS ACQUISE** 55

CHAPITRE I. — PÉRIODE D'INCUBATION, SON EXISTENCE, SA DURÉE 58

CHAPITRE II. — PÉRIODE D'ÉRUPTION LOCALE 62
§ 1. — *Accident primitif. — Chancre syphilitique* 63
Chancre vénérien 79
§ 2. — *Bubons et lymphangites* 89
§ 3. — *Diagnostic et pronostic de la syphilis à la période d'éruption locale* 96

CHAPITRE III. — Période d'éruption générale, dite des accidents secondaires..... 100
§ 1. — *Symptômes prodromiques, chlorose syphilitique, fièvre d'invasion, fièvre syphilitique*..... 102
§ 2. — *Affections de la peau. — Syphilides superficielles ou exanthématiques*... 110
Syphilide érythémateuse..... 114
Syphilide papuleuse..... 117
Syphilide pustuleuse..... 119
Syphilide vésiculeuse..... 121
Syphilide squameuse et pigmentaire..... 123
Alopécie secondaire..... 125
Onyxis secondaire..... 127
§ 3. — *Affections des membranes muqueuses. — Syphilides énanthématiques*.... 130
Plaques syphilitiques..... 130
Syphilides érythémateuses (angines, bronchites syphilitiques)..... 138
Syphilides papulo-pustuleuses ou ulcéreuses superficielles..... 144
§ 4. — *Affections viscérales secondaires*..... 146
Affections des glandes lymphatiques (adénites)..... 147
Affections du foie, ictère syphilitique..... 149
Affections des organes génito-urinaires..... 152
Affections des systèmes musculaire et fibro-osseux..... 154
Affections du système nerveux..... 158
Affections oculaires..... 161
Iritis..... 161
Choroïdite..... 164
Rétinite..... 166

CHAPITRE IV. — Période des productions gommeuses, dite des accidents tertiaires et quaternaires..... 168
Article I. — **Appareil tégumentaire externe**..... 171
§ 1. — *Affections cutanées. — Syphilides profondes*..... 171
Syphilides pustulo-ulcéreuses, bulleuses, pustuleuses profondes..... 171
Syphilides tuberculeuses..... 174
Alopécie et onyxis tertiaires..... 178
§ 2. — *Affections du tissu conjonctif sous-cutané*..... 179
Inflammation diffuse ou lupus syphilitique..... 179
Tumeurs gommeuses ou gommes syphilitiques sous-cutanées..... 180
Mastite syphilitique..... 186

Art. II. — **Appareil de la locomotion**..... 189
§ 1. — *Ostéite syphilitique*..... 189
§ 2. — *Chondrite syphilitique*..... 201
§ 3. — *Arthrite syphilitique*..... 202
§ 4. — *Myosite syphilitique*..... 211
§ 5. — *Ténosite syphilitique*..... 215
§ 6. — *Dactylite syphilitique*..... 217

Art. III. — **Appareil génito-urinaire**..... 219
§ 1. — *Orchite syphilitique*..... 219
Affections syphilitiques des canaux déférents, des vésicules séminales et de la prostate..... 228
§ 2. — *Organes génitaux de la femme*..... 228
Ovarite syphilitique..... 228
Affections syphilitiques des trompes utérines, de l'utérus et du vagin..... 230
§ 3. — *Organes urinaires dans les deux sexes*..... 232
Affections syphilitiques du canal de l'urèthre, de la vessie et des uretères... 232
Néphrite syphilitique..... 233

Art. IV. — **Appareil de la digestion**..... 233
§ 1. — *Affections syphilitiques de la bouche et du pharynx*..... 239
Ulcères tardifs et profonds..... 240
Tumeurs gommeuses..... 242
§ 2. — *Affections syphilitiques de l'œsophage*..... 245
§ 3. — *Gastrite et entérite syphilitiques*..... 248
§ 4. — *Affections syphilitiques des glandes salivaires et du pancréas*..... 253
§ 5. — *Péritonite syphilitique*..... 255

ART. V. — **Appareil de l'hémopoïèse** 258
§ 1. — *Hepatite syphilitique* 258
§ 2. — *Affections syphilitiques des glandes vasculaires sanguines* 286

ART. VI. — **Appareil de la circulation** 294
§ 1. — *Péricardite syphilitique* 294
§ 2. — *Myocardite syphilitique* 295
§ 3. — *Artérite syphilitique* 307

ART. VII. — **Appareil de la respiration** 310
§ 1. — *Laryngite syphilitique* 310
§ 2. — *Trachéo-bronchite syphilitique* 316
§ 3. — *Pneumonite syphilitique* 322

ART. VIII. — **Appareil de l'innervation** 336
§ 1. — *Méningite syphilitique* 338
§ 2. — *Encéphalite syphilitique* 346
§ 3. — *Myélite syphilitique* 370
§ 4. — *Affections syphilitiques des nerfs* 375
Nerfs de la troisième paire ou moteurs oculaires communs 377
Nerfs pathétiques ou de la quatrième paire 378
Nerfs moteurs-oculaires externes ou de la sixième paire 378
Nerfs faciaux ou de la septième paire 379
Nerfs pneumogastriques et spinaux ou dixième et onzième paires 380
Nerfs hypoglosses et glosso-pharyngiens 380
Nerfs trijumeaux 381
Nerfs rachidiens 382
Nerfs sympathiques 383

ART. IX. — **Appareils des sensations spéciales** 384
§ 1. — *Appareil de l'olfaction* 384
Rhinite syphilitique ulcéreuse, ozène syphilitique 384
Névrite olfactive 386
§ 2. — *Appareil de la vision* 386
Lésions des voies lacrymales 386
Lésions des paupières 387
Lésions des nerfs optiques et des rétines. — Amauroses syphilitiques 389
§ 3. — *Appareil de l'audition* 390

CHAPITRE V. — MODES D'ÉVOLUTION. — RÉCIDIVES, TRANSFORMATIONS ET COMPLICATIONS. 392

II. — **SYPHILIS HÉRÉDITAIRE** 404

Époque d'apparition 407

ARTICLE I. — **Syphilis fœtale : avortement** 409

ART. II. — **Syphilis infantile** 412
§ 1. — *Lésions du tégument externe, syphilides exanthématiques* 412
§ 2. — *Lésions du tégument interne, syphilides enanthématiques* 417
§ 3. — *Lésions des muscles et des os* 418
§ 4. — *Lésions des testicules et des reins* 420
§ 5. — *Appareil de la digestion* 421
§ 6 — *Appareil de l'hémopoïèse* 422
§ 7. — *Appareil de la circulation* 426
§ 8. — *Appareil de la respiration* 427
§ 9. — *Appareil de l'innervation* 430
§ 10. — *Appareils de la vision et de l'audition* 433

ART. III. — **Syphilis héréditaire de l'adulte** 436

ART. IV. — **Modes d'évolution et Physionomie générale** 439

VARIÉTÉS ET FORMES DE LA SYPHILIS ; SES RAPPORTS AVEC LES AUTRES MALADIES 443

TROISIÈME PARTIE.

Sémiotique.

§ 1. — *Diagnostic* 453
§ 2. — *Pronostic* 463

QUATRIÈME PARTIE.

Étiologie.

CHAPITRE I. — Cause efficiente. — Le virus syphilitique 468
§ 1. — *Contagion* 472
Sources de la contagion 472
Modes de la contagion 472
Conditions et résultat immédiat de la contagion 497
§ 2. — *Hérédité* 501

CHAPITRE II. — Causes prédisposantes et déterminantes 505
Influences physiques et hygiéniques 506
Influences physiologiques 508
Influences pathologiques 511

CINQUIÈME PARTIE.

Thérapeutique.

CHAPITRE I. — Prophylaxie 513
§ 1. — *Hygiène publique* 514
Mesures relatives aux prostituées et autres femmes 516
Mesures relatives aux hommes 519
Mesures relatives aux nourrices et aux nourrissons 520
§ 2. — *Hygiène privée* 522

CHAPITRE II. — Thérapie 524
§ 1. — *Des diverses méthodes de traitement employées jusqu'à nos jours* 524
Traitement rationnel ou méthodique 524
Traitement par les bois sudorifiques 527
Traitement par l'opium et les substances oxygénées 530
Traitement mercuriel 531
Traitement par l'or, l'argent, le platine et l'airain 537
Traitement par l'arsenic, l'iode et l'iodure de potassium 538
§ 2. — *Traitement de la syphilis acquise* 540
Période d'incubation et d'éruption locale 541
Période d'éruption générale ou des accidents secondaires 547
Période des productions gommeuses ou des accidents tertiaires 557
§ 3. — *Traitement de la syphilis héréditaire* 561
§ 4. — *Effets physiologiques et pathogéniques du mercure et de l'iodure de potassium* 565
§ 5. — *Eaux minérales. — Hydrothérapie. — Diététique* 570
§ 6. — *Syphilisation et vaccination* 577

SIXIÈME PARTIE.

Médecine légale 583

APPENDICE.

Pathologie comparée et expérimentale 591
EXPLICATION DES PLANCHES 599

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

ERRATA

Page 12, ligne 33, *après* syphilitique, *ajoutez* du moins de la maladie vénérienne.
— 53, — 1, *au lieu de* peine de l'observer, *lisez* peine d'observer.
— 101, — 10, *au lieu de* ou même, *lisez* et surtout.
— 102, — 6, *au lieu de* syphilides exanthématiques, *lisez* syphilides énanthématiques.
— 114, — 18, *au lieu de* sybilide, *lisez* syphilide.
— 127, — 6, *au lieu de* est la conséquence, *lisez* serait la conséquence.
— 170, — 3, *au lieu de* l'organe, *lisez* le tissu.
— 186, titre *au lieu de* mastites syphilitiques, *lisez* mastite syphilitique.
— 189, — *au lieu de* ostéites syphilitiques, *lisez* ostéite syphilitique.
— 303, ligne 12, *au lieu de* congestion hypertrophique, *lisez* congestion hypostasique.
— 306, *au lieu de* § 2, *lisez* § 3.
— 313, — 4, *effacez* à la suite d'une irritation prolongée.
— 313, — 10, *au lieu de* dans sa profondeur, *lisez* dans la profondeur.
— 354, — 21, *au lieu de* moins importante connaître, *lisez* moins importante à connaître.
— 398, — 31, *au lieu de* cette maladie, *lisez* la syphilis.
— 429, — 13, *au lieu de* qualité, *lisez* quantité.
— 429, — 18, *effacez* (4).
— 441, — 24, *au lieu de* fig. 12, *lisez* fig. 11.
— 443, — 9, *au lieu de* raits, *lisez* traits.

PARIS. — IMPRIMERIE DE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2

30.

$1,20

H.
RC
5732

Date ~~Issued~~ Due